

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 159

Travail de la Maternité de la Charité

Etude Statistique de 120 Cas de Césarienne Basse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mars 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René VEYRAT

Né le 16 Septembre 1907, à MONTMÉLIAN (Savoie)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

**ÉTUDE STATISTIQUE
DE 120 CAS DE CÉSARIENNE BASSE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 159

Travail de la Maternité de la Charité

Etude Statistique de 120 Cas de Césarienne Basse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mars 1933

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René VEYRAT

Né le 16 Septembre 1907, à MONTMÉLIAN (Savoie)



LYON

BOSC Frères, M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

1933

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. BONNET, agrégé chargé de cours
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUANT
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique chimique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERA...
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FRUMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	MORENAS
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBRON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINE	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, président; TRILLAT, assesseur,
RHENTER et ÉPARVIER



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je leur dois tout. Ils me donnèrent constamment l'exemple du dévouement et du travail. Je leur dédie cette thèse, faible témoignage de ma grande reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MA SŒUR, A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de notre jury.

AUX MEMBRES DE MON JURY

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. TRILLAT

Il nous a inspiré le sujet de ce travail. Nous avons eu l'honneur d'être son externe pendant six mois où il nous fit comprendre et aimer l'obstétrique. Nous le remercions de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée et nous le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

Un séjour de plus de dix mois dans son service, contribua pour une grande part à notre formation médicale. Nous nous souviendrons longtemps, des heures passées avec lui auprès des malades et des excellentes leçons cliniques qu'il nous donna. Nous le remercions de sa grande bienveillance à notre égard et nous le prions de croire à nos sentiments respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR GALLAVARDIN

MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Externat:

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

MONSIEUR LE DOCTEUR COTTE

MONSIEUR LE DOCTEUR GOYET

MONSIEUR LE DOCTEUR TRILLAT

MONSIEUR LE DOCTEUR GARDERE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE

ÉTUDE STATISTIQUE

DE 120 CAS DE CÉSARIENNE BASSE

Introduction

Ce travail, que nous avons entrepris, sous la direction de notre maître, M. le docteur Trillat, comprend deux parties :

Un premier chapitre, dans lequel nous décrirons la technique de la césarienne basse employée par M. le docteur Trillat au cours de 120 hystérotomies ;

Un deuxième chapitre, qui sera une étude statistique des 120 cas publiés.

Ces 120 césariennes basses ont été, pour la plus grande partie, opérées dans le service de la maternité de la Charité ; d'autres, moins nombreuses furent opérées dans les services hospitaliers d'obstétrique : clinique de la Charité, maternité de la Croix-Rousse ; enfin, un certain nombre compte parmi les accouchées de clientèle de M. le docteur Trillat et furent opérées dans diverses cliniques particulières.

Technique de la césarienne basse

Dans ce premier chapitre, nous nous bornerons simplement à rappeler les procédés opératoires dont on s'est servi au cours des cent-vingt césariennes que nous rapportons.

Deux techniques furent employées : l'une que nous appellerons habituelle et qui a été utilisée dans cent dix-sept hystérotomies ; l'autre, exceptionnelle, s'apparente par de multiples points à la précédente et n'en diffère que par quelques détails opératoires.

La préparation des malades avant une césarienne basse est la préparation ordinaire des opérées de gynécologie : hygiène et propreté de la malade, cathétérisme vésical, désinfection de la paroi abdominale et de la cavité vaginale ; à ce propos, s'abstenir dans les heures qui précèdent l'intervention de pratiquer de multiples touchers vaginaux.

L'anesthésie employée a toujours été une anesthésie générale. Dans la majorité des cas, il s'est agi d'une anesthésie à l'éther ou au mélange de schleich commencée au chlorure d'éthyle. Le chloroforme a été plus rarement utilisé. La rachianesthésie n'a été employée dans aucune de nos observations. Nous n'avons jamais eu d'hémorragie importante tenant à la tranche utérine : il n'a donc pas semblé utile de

se servir de ce mode d'anesthésie dont le rôle hémostatique est considéré par beaucoup comme le principal avantage.

Etudions les deux procédés opératoires cités précédemment.

PROCEDE HABITUEL. — DERIVE DU PROCEDE DE DELEE

Ce procédé, nous l'avons dit, a été employé par M. le docteur Trillat dans cent dix-sept des cas. *Le premier temps consiste en une laparotomie médiane sous-ombilicale* : incision de 15 centimètres environ partant d'un travers de doigt au-dessus de la symphyse, s'arrêtant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Mise en place des valves latérales et de l'écarteur abdominal. Compresse habituelle de protection. Position de Trendelenburg.

L'incision transversale de Pfannenstiel peut être utilisée. L'évacuation de la vessie est une précaution importante. La vessie vide reste sous pubienne et est à peine visible. La vessie pleine devient abdominale et remonte facilement jusqu'à l'ombilic. Le cul-de-sac péritonéal remonte alors également très haut. Avoir soin dans ce cas d'inciser le péritoine pariétal de haut en bas et de refouler la vessie sur les côtés.

Deuxième temps. — *Incision transversale du péritoine utérin à un centimètre environ au-dessous de la portion fixe du péritoine viscéral.* La lame péritonéale décollable est très mince et transparente. On voit, au-dessous d'elle, les vaisseaux utérins sous-péritonéaux.

Le bistouri sera manié légèrement, car les blessures de ces vaisseaux sont difficiles à arrêter.

Troisième temps. — *Décollement du lambeau péritonéal de haut en bas. Refoulement de la vessie.* — Le péritoine utérin est soulevé avec une pince à main et on le détache du segment inférieur sur toute sa hauteur. Le décollement aux ciseaux mousses fermés est supérieur au décollement avec le doigt ou la compresse de gaze. Quelques coups de ciseaux sont parfois nécessaires sur la ligne médiane. On peut sans crainte descendre très bas. Il n'y a pas habituellement d'hémorragie.

Mise en place de la valve médiane de l'écarteur qui refoule le lambeau péritonéal et protège la vessie.

Quatrième temps. — *Incision longitudinale du segment.* — Le segment inférieur est tendu entre deux pinces à griffes qui limitent le tracé de l'incision — incision verticale du segment au bistouri. Il a paru inutile de se servir de ciseaux ou de bistouris spéciaux. Les blessures du cuir chevelu fœtal sont faciles à éviter.

L'incision devra porter autant que possible sur la ligne médiane qui est presque exsangue. Il faudra songer à la dextroversion de l'utérus qui peut entraîner également le segment inférieur et rendre médians les vaisseaux du bord gauche.

On corrigera facilement ce changement de rapport des vaisseaux utérins, et l'incision donnera peu de sang.

Inciser le segment jusqu'aux membranes de l'œuf. Celles-ci pourront être ouvertes en même temps, sans

inconvénients. Toute l'incision pourra être faite au bistouri. On peut aussi faire une boutonnière et agrandir la brèche aux ciseaux droits. Du sang et du liquide amniotique s'écoulent. Assécher avec des compressees ou mieux avec l'aspirateur de Villard.

Cinquième temps. — *Extraction du fœtus et du placenta.* — Rechercher d'abord la bouche qui se trouve d'un côté ou de l'autre de la ligne médiane. Le palper abdominal pratiqué avant l'intervention a montré de quel côté il convenait de porter les doigts.

Ramener la bouche et le menton sur la ligne médiane. Faire sortir le menton hors de la plaie utérine.

Enucléer la tête fœtale avec les deux mains, l'une fixant la bouche et fléchissant la tête, l'autre faisant franchir aux bosses frontales et pariétales la brèche utérine.

Cette manœuvre n'a jamais été rendue difficile. Des fœtus de gros volumes ont été extraits sans difficultés. L'utilisation du forceps n'a jamais été nécessaire. Son emploi paraît d'ailleurs sans danger, mais inutile. En cas de gêne, enlever la valve médiane qui rétrécit l'incision abdominale.

L'extraction totale du fœtus suit l'énucléation de la tête. Section du cordon.

La délivrance sera manuelle. Elle est habituellement facile. Des pinces en cœur maintiennent béantes les lèvres de l'incision utérine et facilitent l'introduction de la main. Avoir bien soin de décoller complètement le placenta et les membranes. Bien que ces divers temps ne se fassent pas sous le contrôle de la vue,

comme dans la césarienne haute, ils sont de la plus grande simplicité. Mise en place d'une mèche intra-utérine dirigée vers le col.

Sixième temps. — *Suture du muscle utérin en deux plans.* — Catgut n° 3. Points séparés. Le segment est mince et l'on pourrait avoir tendance à ne faire qu'un plan de suture. Il nous semble préférable, par mesure de sécurité, de faire deux plans.

Le plan profond respectera la muqueuse. Le plan superficiel recouvrira et enfouira le précédent.

Septième temps. — *Suture du lambeau péritonéal.* — La valve médiane de l'écarteur est enlevée. Le péritoine viscéral est suturé par quelques points séparés ou par un surjet au péritoine du corps utérin.

Huitième temps. — *Drainage. Fermeture de la paroi abdominale.* — Le drainage, dans les cas où il est nécessaire, s'effectue soit par Mikulicz, soit par drains placés dans les gouttières latéro-utérines. Ablation de la mèche intra-utérine.

PROCEDE EXCEPTIONNEL OU PROCEDE AVEC EXCLUSION PERITONEALE

Ce procédé, préconisé par M. le docteur Michon, n'a été employé que trois fois dans les cent vingt cas publiés.

Premier temps. — *Laparotomie médiane sous-ombilicale.* — Une incision de 15 centimètres est suffisante.

Deuxième temps. — *Incision du péritoine vésico-utérin.* — Un aide tient une large valve sus-pubienne.

L'opérateur enpaume de la main gauche la présentation fœtale qui est généralement la tête et l'attire vers le diaphragme. Ce geste primordial dans la réalisation du procédé a pour but de découvrir la zone qui se cache derrière le pubis, tend le cul-de-sac vésico-utérin et rend le segment abordable.

Le bistouri incise transversalement le péritoine à la limite de la vessie ; puis de longs ciseaux courbes introduits par l'incision l'agrandissent à droite et à gauche, après avoir décollé le péritoine jusqu'aux pédicules veineux latéraux utérins que l'on voit pas transparence.

Troisième temps. — *Taille du lambeau péritonéal.* — Sans s'occuper du lambeau vésical, l'opérateur ayant fixé une pince en cœur sur le lambeau supérieur, le décolle à l'aide de l'index en haut, à droite et à gauche. Dans cette dissection facile et rapide, on parvient aisément, si l'on y prend garde, à rendre le lambeau plus résistant, en le rembourrant, en l'étoffant avec le tissu cellulaire sous-péritonéal qui est parfois assez développé. Cette dissection doit s'arrêter sur les côtés au niveau des pédicules veineux, au voisinage desquels il faudra éviter toute manœuvre instrumentale, et en haut à une limite variable (12 centimètres de la vessie d'après les classiques).

Le lambeau ainsi décollé forme un auvent inextensible. C'est alors qu'il est nécessaire de lui donner du jeu en amorçant une fente médiane de ce lambeau qui le divise incomplètement en deux moitiés, droite et gauche.

Quatrième temps. — *Exclusion de la zone d'hysté-*

rotomie. — Il est alors très facile de solidariser avec des pinces de Kocher le lambeau péritonéal ainsi formé avec le péritoine pariétal. En règle générale, une pince médiane et quatre latérales suffisent amplement et réalisent une exclusion telle que la grande cavité péritonéale est hermétiquement close. Il est possible, du côté pubien, de continuer l'exclusion grâce au péritoine vésical, mais cette manœuvre n'est pas indispensable en raison de la position inclinée de la malade qui favorise l'écoulement du liquide vers l'ombilic. Il est bien entendu qu'il faut enlever à ce moment la valve suspubienne qui n'est plus d'aucune utilité et sera même gênante pour l'extraction de la tête fœtale. Cette façon de tailler le lambeau fait qu'il est adapté de façon parfaite au pourtour de l'incision de laparotomie et que l'on n'a aucune difficulté à exécuter ce temps qui ne demande que quelques secondes.

Cinquième temps. — *Utérin.* — Il est le même que celui du procédé employé habituellement.

Sixième temps. — *Fermeture.* — On enlève les pinces de Kocher et l'on décolle, l'un de l'autre, le péritoine pariétal et le péritoine viscéral qui restent accolés malgré l'ablation des pinces. On met en place pour quelques instants un écarteur à deux valves. Un coup d'œil dans la cavité abdominale permet de se rendre compte qu'elle est absolument sèche : aucune goutte du liquide amniotique ou de sang n'a pénétré.

La suture du péritoine s'exécute rapidement et simplement par un surjet en bourse au catgut, qui a l'avantage de froncer le péritoine et ne laisse, quand

elle est terminée, qu'une toute petite surface cachée dans le repli vésico-utérin, ce qui diminue d'autant les possibilités d'adhérence post-opératoire.

Septième temps. — *Fermeture de la paroi abdominale.*

Comme on le voit, la différence entre les deux procédés employés réside dans la façon d'inciser le péritoine viscéral et dans la manière de tailler et d'utiliser le lambeau péritonéal obtenu.

Le procédé employé exceptionnellement au cours des cent vingt césariennes rapportées, a l'avantage d'exclure la zone d'hystérotomie et de protéger d'une façon parfaite la grande cavité péritonéale.

Ce procédé semble être un procédé de choix dans ce qu'il est convenu d'appeler les cas impurs, c'est-à-dire dans les cas où la température, au moment de l'intervention, dépasse $37^{\circ} 8$, et où la poche des eaux est rompue.

Dans les cas suspects, poche des eaux rompue sans température, il offre aussi un grand intérêt. Par contre, dans les cas purs, apyrexie et poche des eaux intacte, il semble bien que les deux procédés décrits puissent être indistinctement employés.

Observations

Nous emploierons les abréviations suivantes :

acc pour accouchement.

radio pour radiographie.

AG pour anesthésie générale.

PSP pour promonto sous-pubien.

PPM pour promonto-pubien minimum.

Tr med pour transverse médian.

Tr Mx pour transverse maximum.

OBS. 1. — 7 janvier 1926. Mme J..., 25 ans, troisième gestation.

Acc probable : 15 janvier.

1^{er} acc : provoqué à 8 mois, 2 bougies. Mort du fœtus avant l'acc.

2^e acc : provoqué à 8 mois 1/4, bougie. Mort de l'enfant 50 heures avant la naissance (communication interventriculaire).

Examen : Promontoire atteignible moyennement élevé.
PSP = 10 cm. 2.

Radio : PPM = 8,8. Tr med = 11 cm. 9. Tr Mx = 13 cm.

Bassin aplati.

Douleurs depuis la veille. Membranes non rompues. Apyrexie. Epreuve du travail.

Intervention à dilatation complète. Suites bonnes. Garçon, 3.200.

Cette femme eut une nouvelle gestation en 1932 terminée par une césarienne itérative.

OBS. 2. — 2 mars 1926. Mme R..., 33 ans, seconde gestation.

Acc probable : 13 février.

1^{er} acc : Forceps. Basiotripsie (procidence du cordon, déchirure périnéale).

Examen : Arc antérieur de court rayon. Pas de radio. Bassin généralement rétréci. PSP = 10 cm. 9.

Rupture des membranes 7 heures après le début des douleurs et 6 h. 50 avant l'intervention. Epreuve du travail. Apyrexie.

Intervention à dilatation complète. Anesthésie à l'éther. Tête en transverse. Très fort chevauchement.

Garçon, 3.470. Chevauchement du pariétal postérieur sur l'antérieur.

Suites bonnes.

OBS. 3. — 5 juillet 1926. Mme M..., 23 ans, deuxième gestation.

Acc probable : 6 juillet.

1^{er} acc : césarienne haute, fille morte à 4 mois.

Examen : Promontoire facilement atteignible. Faux promontoire sacré. Bassin canalisé. PSP = 9,7.

Radio : PPM = 7,9. Tr med = 11,3. Tr Mx = 12,5.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Début des douleurs le 5 juillet. Membranes non rompues. Epreuve du travail. Apyrexie.

Intervention. Adhérences épiploïques sur la face antérieure. Résection. Minceur extrême, par endroits, de la première cicatrice.

Fille : 3.520. Suites bonnes.

OBS. 4. — 5 août 1926. Mme Ch..., 18 ans, première gestation.

Acc probable : 14 août.

Examen : Promontoire atteignible moyennement élevé.
PSP = 10.

Radio : PPM = 8,4. Tr med = 11,6. Tr Mx = 12,4.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Douleurs depuis la veille. Membranes non rompues. Epreuve du travail : 14 heures. Température : 38°5.

Intervention : procédé habituel. Garçon, 3.500.

Suites simples.

OBS. 5. — 4 juillet 1926. Mme B..., quatrième gestation.

Acc prématuré en 1925. Enfant de 4.800, à 8 mois. Mort le lendemain.

Examen : Acc prématuré provoqué. Procidence du cordon. Dystocie par gros volume de l'enfant. Malade syphilitique.

Membranes rompues 7 heures avant l'intervention.

Température : 38°9.

Intervention : pas de difficulté. Enfant, 3.900.

Suites bonnes. 39°4 au 14^e jour. Abcès de la cuisse droite.

OBS. 6. — 23 octobre. Mme M..., deuxième gestation.

1^{er} acc : prématuré provoqué, bougie, bon résultat, enfant vivant.

Examen : Au début, diagnostic de gemellité.

Radio : Un seul enfant. Trop tard pour acc prématuré.

Intervention : durée 50 minutes. Garçon, 4.500.

Suites assez bonnes : Un peu de suppuration de la paroi. Apyrexie au 9^e jour.

OBS. 7. — 8 novembre 1926. Mme Y..., 18 ans, première gestation.

Acc probable : 18 novembre.

Examen : Bassin cyphotique. PSP = 9,8. Rachitisme. Bassin aplati et généralement rétréci.

Douleurs le 8 novembre. Membranes non rompues. Epreuve du travail.

Intervention : Segment inférieur plus difficile à voir. Anses mal protégées. Durée, 55 minutes. Enfant, 2.480.

Suites bonnes.

OBS. 8. — 25 janvier 1927. Mme P..., 36 ans, secondipare. Acc probable : 12 janvier.

1^{er} acc : A terme. Forceps. Fille vivante.

Examen : Bassin limite du type aplati. PSP = 10,3. Promontoire accessible au toucher.

Radio : PPM = 9,3. Tr med = 11,4.

Douleurs le 25 janvier. Rupture artificielle des membranes 11 heures après le début du travail. Epreuve du travail 16 h. 20.

Intervention : Vessie vidée incomplètement, réclinée. Durée 1 h. 15.

Garçon, 3.800. Suites très bonnes.

OBS. 9. — 27 février 1927. Mme M..., deuxième gestation.

1^{er} acc : Enfant extrait par forceps. Mort 20 jour après.

Examen : Bassin généralement rétréci. Pas de radio.

Début des douleurs, 27 février, à 5 heures. Rupture des membranes à 11 heures. Epreuve du travail, 11 heures.

Intervention : Vessie non sondée facile à récliner. Petite artériole du segment à lier. Durée : 1 heure.

Suites bonnes. Désunion de la paroi cutanée sur une longueur de 5 cm.

OBS. 10. — 12 mars 1927.

Bassin aplati. PSP = 7,5. Grand rachitisme.

Pas de radio.

Douleurs depuis le matin. Membranes non rompues.

Intervention très facile. Tête très débordante. Segment très mince, œdémateux. Durée : 50 minutes.

Suites bonnes.

OBS. 11. — 22 mars 1927. Mme de V..., 5^e gestation.

Acc probable : 2 avril.

1^{er} acc : Forceps et basiotripsie à Majunga, en 1921.

2^e acc : Gemellaire, 6 jours avant terme, à Tananarive, 1922.
Forceps sur le premier jumeau (poids, 2.700). Version sur le second (poids, 2.600).

3^e acc : Spontané, garçon de 3.450, en 1923.

4^e acc : A Beaucaire. Forceps pour souffrance de l'enfant, garçon de 3.600, mort 6 mois après, juin 1924.

Examen : Tête débordante. PSP = 10,2.

Radio : PPM = 9,4. Tr med = 11,3.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Acc prématuré provoqué le 21 mars. Bougie. Rupture des membranes. Pas d'engagement de la tête.

Intervention. Enfant de 3.500.

Suites bonnes.

Nouvelle grossesse en 1931. Césarienne basse itérative, par le Docteur Dujol, à Saint-Etienne. Cicatrice en parfait état.

OBS. 12. — 25 mars 1927. Mme G..., 20 ans, deuxième gestation.

Acc probable : 19 mars.

1^{er} acc : Prématuré provoqué. Bougie. Forceps. Enfant de 2.950, mort pendant l'extraction.

Examen : Du côté droit, déformation type du bassin de Noëgelé, étendue sur toute la hauteur de l'excavation, avec épine sciatique saillante.

Diagnostic confirmé par la radio (non retrouvée).

Bassin oblique ovalaire.

Début des douleurs, 25 mars. Membranes non rompues.
Intervention sans incident. AG difficile à l'éther. Garçon,
3.260.

Suites opératoires parfaites au point de vue abdominal.
Pneumonie droite au 4^e jour, Guérison.

Obs. 13. — 7 mai 1927. Mme V..., 37 ans, primipare.

Examen : Luxation congénitale bilatérale de la hanche.

Radio : PPM = 9,9. Tr med = 11,2. Tr Mx = 12,4.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs la veille. Membranes rompues depuis
8 jours. Epreuve du travail : 17 heures.

Intervention idéale de simplicité. AG au chloroforme. Seg-
ment incisé sans difficulté. Durée : 50 minutes.

Garçon, 3.360 : déformation en haricot portant sur le pa-
riétal gauche et de toute la longueur de la suture fronto-
pariétale.

Suites fébriles. Crachats purulents. Grosse suppuration de
la paroi avec désunion cutanée. Sortie au 61^e jour, guérie.

Obs. 14. — 8 juin 1927. Mme P..., 25 ans, primipare.

Acc probable : 12 mai.

Examen : Promontoire bas situé atteignable facilement.
PSP = 8,2.

Radio : PPM = 5,4. Tr med = 11,2. Tr Mx = 12,8.

Bassin aplati, à contour réniforme, généralement rétréci.

Début des douleurs le 7 juin. Membranes non rompues.
Epreuve du travail : 22 heures.

Intervention : AG chloroforme. Extraction de la tête un
peu laborieuse. Garçon, 3.510.

Suites très bonnes.

Obs. 15. — 6 août 1927. Mme B..., 24 ans, primipare.

Acc probable : 6 août.

Examen : Sacrum complètement redressé. Promontoire atteint difficilement, très haut. PSP = 10,2.

Pas de radio. Bassin aplati, généralement rétréci, canaliculé, incompatible avec un acc. par les voies naturelles.

Début des douleurs le 5 août, à 20 heures. Rupture des membranes le 5 août, à 21 heures. Epreuve du travail : 14 heures. Apyrexie.

Intervention : AG chloroforme. Pas d'incident. durée : 45 minutes. Garçon, 2.990. Suture de la paroi en trois plans. Pas de drainage.

Suites : 39° pendant deux jours. Chute à 38° : Brusque aggravation. Décès le 5^e jour.

Autopsie : Sérosité très louche, en petite quantité dans la cavité péritonéale. Pas de pus. Pas de fausses membranes. Les sutures ont bien tenu. Septicémie utéro-péritonéale.

Obs. 16. — 25 février 1928. Mme L..., quatrième gestation.

1^{er} acc : 1922. Provoqué (Docteur Delmas), siège. Difficultés pour la tête dernière. Enfant mort après la naissance.

2^e acc : 1923. Prématuré provoqué, 1 mois et 10 jours avant le terme. Siège. Enfant mort.

3^e acc : 1924. Examen : Petite taille. Os épais. PSP = 10,2. Promontoire haut. Faux promontoire. Bon arc antérieur. Césarienne haute par M. le Docteur Trillat. Fille vivante. Suites bonnes.

Radio : PPM = 9,5. Tr med = 12,5.

Bassin aplati.

Epreuve du travail : quelques heures.

Intervention simple. Bon état de la cicatrice antérieure. Garçon vivant.

Suites bonnes.

Obs. 17. — 26 février 1928. Mme C..., 18 ans, primipare.

Acc probable : 15 février.

Examen : Faux promontoire sacré. Promontoire moyenne-

ment élevé. Promontoire accessible à 10 cm. Arc antérieur redressé. PSP = 10.

Pas de radio. Bassin aplati, généralement rétréci.

Douleurs depuis le 24 février. Membranes rompues le 26. Epreuve du travail : 51 heures.

Intervention : AG chloroforme. Pfannenstiël. Hémorragie assez importante cédant vite à la suture du segment inférieur et à ergotinine. Durée : 1 heure.

Garçon, 3.720. Chevauchement accentué du pariétal gauche sur le droit.

Suites fébriles. Symptômes pulmonaires. Escharre sacrée. Apyrexie depuis le 19^e jour. Guérison.

OBS. 18. — 10 mai 1928. Mme P..., 38 ans, primipare.

Acc probable : 5 mai .

Examen : Bassin aplati et généralement rétréci (Docteur Plauchu).

Radio : PPM = 7,8. Tr med = 9,9. Tr Mx = 11.

Douleurs le 9 mai. Membranes rompues le 9 mai.

Epreuve du travail : 15 heures 15. Apyrexie.

Intervention : AG chlorure d'éthyle-chloroforme. Pfannenstiël. Fille, 2.900.

Suites très bonnes chez la mère. Enfant : érysipèle du cordon (épidémie). Guérison.

OBS. 19. — 9 juin 1928. Mme B..., 22 ans, primipare.

Acc probable : 10 mai.

Examen : PSP = 9,5. Arc antérieur redressé. pas de radio. Bassin aplati.

Radio (itérative, obs. 65) : PPM = 8,8. Tr med = 12,5. Tr Mx = 12,9.

Douleurs depuis la veille, à 5 heures. Epreuve du travail : 30 heures. Rupture des membranes le 8 juin, à 5 heures. Apyrexie.

Intervention : AG chlorure d'éthyle-chloroforme. Pfannens-tiel. Péritoine utérin très friable. Durée : 1 heure 16.

Fille, 3.720.

Suites fébriles. Absès de la paroi.

Obs. 20. — 27 août 1928. Mme Y..., 20 ans, secondipare.

1^{er} acc : Prématuré provoqué à 7 mois. Enfant vivant.

Examen : PSP = 10,8. Mauvais arc antérieur. Bassin aplati, généralement rétréci. Tête débordant.

Radio : PPM = 9,2. Tr med = 11,6. Tr Mx = 11,8.

Début des douleurs le 26 août, à 1 heure. Membranes rompues le 27, à 10 h. 30. Epreuve du travail : 41 heures. Température à 37°7.

Intervention. AG : chloroforme. Pfannenstiel. Pas d'incident. Malade un peu choquée.

Fille : 3.550.

Suites bonnes. Le lendemain de l'opération et pendant quelques jours, tachycardie paroxystique.

Obs. 21. — 29 octobre 1928. Mme C..., secondipare.

Acc. probable : 27 novembre.

1^{er} acc. : Césarienne basse (obs. 4).

Césarienne itérative de la 4^e. Voir examen observation 4.

Douleurs depuis le 28 octobre. Membranes non rompues. Apyrexie.

Intervention : AG: chlorure d'éthyle-chloroforme. L'utérus apparaît recouvert de son feuillet péritonéal, avec un segment inférieur bien formé. On ne relève aucune trace sur ce segment, de l'ancienne incision, si ce n'est peut-être un petit cordon blanc nacré à direction transversale qu'on ne peut d'ailleurs interpréter de façon certaine comme vestige de la première hystérotomie.

Fille : 2.710. Durée de l'intervention : 45 minutes.

Suites bonnes.

OBS. 22. — 31 octobre 1928. Mme F..., 30 ans, troisième gestation.

Acc probable : 25 octobre.

1^{er} acc : Maternité d'Annecy. Fille morte un quart d'heure après.

2^e acc : 1925. Craniotomie (maternité de Bourg).

Examen : Mobilité relative de la jambe gauche. Mouvements d'élévation et d'abaissement de la cuisse partiellement conservés. Mouvement d'écartement et de rotation diminués. Subluxation légère du genou. Coxalgie ancienne. Mensuration de la jambe gauche : 65 cm. ; de la jambe droite : 79 cm.

Examen obstétrical : Promontoire bas. PSP = cm. Sacrum recourbé en hameçon vers la 3^e pièce sacrée. Arc antérieur fortement redressé à droite. Sinus sacro-iliaque profond mais étroit. A gauche : atrophie marquée de tout le bassin. Bassin pseudo oblique ovalaire.

Radio : PPM = 7,1. Tr med = 12,9. Tr Mx = 13,8.

Douleurs depuis le 30 octobre. Membranes non rompues. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-chloroforme. Intervention sans incident.

Garçon : 3.450.

Suites très bonnes.

OBS. 23. — 7 novembre 1928. Mme S..., 26 ans, primipare.

Acc probable : 12 novembre.

Examen : Promontoire élevé, difficilement accessible. PSP = 10 cm. Acc antérieur de contour régulier légèrement diminué. Bassin aplati.

Radio : PPM = 7,7. Tr med = 12,5. Tr Mx = 13,5.

Début des douleurs : 7 novembre, à 2 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail : 8 heures. Apyrexie.

Intervention. AG : chlorure d'éthyle-chloroforme. Pas d'incident. Fille : 2.320.

Suites très bonnes.

OBS. 24. — 24 novembre 1928. Mme R..., 31 ans, primipare.

Acc probable : 28 novembre.

Examen : Placenta prævia. Utérus cordiforme. Présentation transversale, versions tentées sans résultats.

Radio : Bassin sensiblement normal.

Hémorragie le 23 novembre, à 24 heures.

Membranes non rompues. Apyrexie.

Intervention : Le placenta est latéral, inséré sur la face postérieure du segment inférieur. Délivrance artificielle ergotine. Incision longitudinale. Durée : 35 minutes. Fille : 3.600.

Suites subfébriles. Sérosité de la paroi. Abscès de la cuisse après piqure.

OBS. 25. — 28 novembre. Mme P..., 26 ans, secondipare.

1^{er} acc : Césarienne basse, le 8 juin 1927. Garçon vivant.

Césarienne itérative de l'observation 14 (voir obs. 14).

Début des douleurs : 25 novembre. Membranes non rompues. Apyrexie. Epreuve du travail.

Intervention : Incision longitudinale. Garçon : 3.190.

Suites très bonnes.

Intervention : Constatation sur le péritoine de traînées blanchâtres transversales discrètes modifiant à peine l'aspect normal et constituant la cicatrice péritonéale antérieure. Muscle utérin intact.

OBS. 26. — 6 janvier 1929. Mme A..., 30 ans, primipare.

Acc. probable : 27 décembre.

Examen : Promontoire moyennement élevé. PSP = 10,8. Arc antérieur de court rayon.

Bassin généralement rétréci.

Radio : PPM = 10. Tr med = 11,9. Tr Mx = 12,5.

Douleurs depuis le 4 janvier, à 15 heures. Membranes rompues le 6, à 10 heures. Epreuve du travail : 51 h. 45 Apyrexie.

Intervention : Difficultés pour l'extraction de la tête. Forceps. Tractions légères. Fille : 4.200.

Suites très bonnes.

Cette femme eut trois accouchements spontanés ultérieurs : deux à la Croix-Rousse, un à la Charité. Enfants respectivement de : 2.900, 3.800 et 3.160.

OBS. 27. — 15 janvier 1929. Mme M..., 21 ans, primipare. Acc probable : 18 janvier.

Examen : Arc antérieur de rayon diminué. Présentation du siège. PSP = 10,7. Bassin canaliculé.

Radio : PPM = 10,7. Tr med = 11,7. Tr Mx = 11,8.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs le 15 janvier, à 3 heures. Rupture des membranes à 3 heures. Epreuve du travail : 7 h. 50. Apyrexie.

Intervention : Procédé habituel. AG.

Garçon . 3.350, naît étonné inclinaison de la tête du côté droit, asymétrie de la face.

Suites : La malade fait de la psychose. On la dirige sur l'Asile de Bron. Guérison après un mois de traitement.

Cette femme eut une grossesse ultérieure terminée par un acc. prématuré provoqué : enfant mort, de 1.850.

OBS. 28. — 30 janvier 1929. Mme Ch..., 35 ans, secondipare. Acc. probable : 28 janvier.

1^{er} acc : Césarienne haute, par M. le Docteur Plauchu.

Examen : Promontoire bas. On fait le tour du détroit supérieur. PSP = 9 cm. Bassin réniforme.

Radio : PPM = 6,5. Tr med = 13,5. Tr Mx = 14,5.

Bassin aplati.

Début des douleurs le 30 janvier, à 12 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail : 9 heures.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-chloroforme. Cicatrice abdominale parfaite. Utérus complètement incliné à droite.

Les annexes sont derrière la ligne médiane. L'aide redresse l'utérus. Décollement transversal du péritoine. Résection de deux adhérences épiploïques. Stérilisation de la malade. Durée : 1 heure 10. Fille : 3.100.

Suites bonnes.

Obs. 29. — 30 mars 1929. Mme R..., troisième gestation.

2 acc antérieurs : enfants mort-nés, morts à 7 mois de grossesse par albuminurie, malgré les régimes suivis.

Acc probable : 24 mars. A depuis deux ans de l'albuminurie intermittente. Tension artérielle : 20/11. Présente pendant toute la fin de la gestation une tension artérielle élevée à plus de 17, avec traces d'albumine.

Dilatation lente du col. Rupture spontanée des membranes, eaux verdâtres, bruits du cœur assourdis. Tête haute. Le promontoire n'est pas perçu.

Intervention. Procédé habituel. Fille vivante, 3.100.

Suites bonnes.

Obs. 30. — 12 avril 1929. Mme L..., 35 ans, primipare.

Acc. probable : 4 avril.

Examen : Version par manœuvres externes. Arc antérieur assez bon. PSP = 10,5.

Bassin aplati généralement rétréci.

Acc. prématuré provoqué. Infection amniotique. Bougie de Krause.

Pas de douleurs ; membranes rompues le 11 avril, à 9 h. Température à 39°8.

Intervention : AG schleich. Incision transversale du péritoine. Décollement et incision du segment sur la ligne médiane. Fille : 3.300, naît étonnée.

Décès de la malade le 5^e jour, avec signe de péritonite suraiguë généralisée.

Autopsie : Pas de collection purulente dans la cavité péri-

tonéale, mais aspect livide de tous les tissus. Odeur putride. Les anses intestinales sont agglutinées. Utérus mou, flasque. Péritonite toxique suraiguë. Culture du liquide amniotique : présence de staphylocoque doré.

Obs. 31. — 15 avril 1929. Mme B..., 28 ans, secondipare.

Acc. probable : 20 mai.

1^{er} acc. : à Montpellier: Garçon vivant, mort 3 jours après.

Examen : Femme de petite taille. Déformations rachitiques des membres inférieurs. Fémurs à convexité antéro-externe, parenthèse fémorale. Incurvation frappante des tibias.

Bassin : radio : PPM = 8,2. Tr med = 12,6. Tr Mx = 14,2. Bassin aplati.

Début des douleurs : 15 avril, à 10 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail : 9 h. 22. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-schleich. Procédé habituel. Durée : 45 minutes.

Garçon : 2.280.

Suites très bonnes.

Obs. 32. — 13 juin 1929. Mme G..., 31 ans, primipare.

Acc. probable : 30 juin.

Examen : Arc antérieur redressé. On fait facilement le tour du détroit supérieur. PSP = 10,3.

Radio : PPM = 8,4. Tr med = 10,9. Tr Mx = 12,4.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs : 12 juin, 20 heures. Rupture des membranes le 13 juin. Epreuve du travail : 21 h. 30. Température à 38°.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-schleich. Procédé habituel. Durée : 37 minutes.

Garçon : 3.300. Bosse séro-sanguine volumineuse sur le sinciput. Chevauchement accusé du pariétal droit sur le gau-

che, des pariétaux sur l'occipital, et chevauchement alternatif des pariétaux sur les frontaux.

Suites bonnes.

OBS. 33. — 15 juin 1929. Mme M..., 21 ans, primipare.

Acc. probable : 6 juin.

.. *Examen* : Parenthèse fémorale très nette.

Promontoire difficile à percevoir. PSP = 10,5. Faux promontoire à 10,3.

Radio : PPM = 8,6. Tr med = 10,6. Tr Mx = 11,8.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs le 15 juin. Membranes non rompues. Température à 37°8. Epreuve du travail : 8 h. 40.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-schleich. Vessie au-dessus des pubis, on la récline. Durée : 45 minutes.

Enfant : 3.500 ; léger chevauchement du pariétal droit.

Suites assez bonnes.

OBS. 34. — 2 juillet 1929. Mme B..., 30 ans, secondipare.

1^{er} acc. : Enfant morte.

Examen : Bassin généralement rétréci. PSP = 10,2.

Pas de radio.

Douleurs depuis 48 heures. Membranes non rompues. Température n'a pas été prise.

Intervention : Quelques difficultés pour l'extraction de la tête, mobile, couchée sur le détroit supérieur. Fille : 3.600.

Suites : Phénomènes pulmonaires pendant 5 jours. Râles disséminés des deux poumons. Petit suintement de la paroi. Guérison.

OBS. 35. — 26 juillet 1929. Mme P..., 40 ans, secondipare.

Acc. probable : 30 juin.

1^{er} acc. : Provoqué à 8 mois et demi. Fille vivante : 2.500.

Examen : Naine de 1 m. 19. Nanisme athyroïdien. Rachitisme atrophique. Pas de déformation des apophyses sauf incurvation légère des tibias.

Bassin aplati généralement rétréci.

Radio : PPM = 9,7. Tr med = 11,2. Tr Mx = 12,2.

Début des douleurs le 26 juillet, à 14 heures. Rupture des membranes le 26 juillet, à 9 heures. Epreuve du travail : 3 heures. Température non prise.

Intervention sans incident. Stérilisation, résection des trompes. Durée : 50 minutes.

Fille : 2.670.

Suites fébriles pendant quelques jours. Suppuration de la paroi. Guérison.

OBS. 36. — 18 août 1929. Mme V..., 29 ans, secundipare.

Acc. probable : 14 août.

1^{er} acc. : Césarienne haute à l'hôpital de Lons-le-Saunier. Garçon vivant.

Examen : Bassin aplati, généralement rétréci.

Radio : PPM = 7,7. Tr med = 10,7. Tr Mx = 13 cm.

Douleurs depuis le 18 août, à 13 heures. Membranes non rompues. Température non prise. Epreuve du travail non tentée en raison des dangers de rupture (césarienne antérieure).

Intervention sans incident. Utérus à paroi antérieure très mince au niveau de l'ancienne cicatrice. AG : chlorure d'éthyle-schleich. Stérilisation. Résection des trompes. Quelques petites adhérences liées et réséquées. Garçon : 2.900.

Suites bonnes : 38°2 pendant trois jours.

OBS. 37. — 23 août 1929. Mme L..., 30 ans, primipare.

Acc. probable : 5 septembre.

Examen : Arc antérieur redressé. Luxation congénitale bilatérale de la hanche. PSP = 10,7.

Radio : PPM = 10,8. Tr med = 11,4.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs : 23 août, à 4 heures. Membranes non rompues. Température non prise. Epreuve du travail non tentée.

Intervention sans incident. Durée : 35 minutes. AG . chlorure d'éthyle-schleich. Garçon : 3.540.

Suites assez bonnes. Quelques élévations de température.

Cette femme eut une nouvelle grossesse en 1931, terminée par un forceps dans l'excavation.

Obs. 38. — 12 septembre 1929. Mme M..., primipare.

Acc. probable : 26 septembre.

.. *Examen* : Promontoire difficile à trouver en raison du toucher vaginal douloureux.

Radio : PPM = 7,8. Tr med = 11.

Bassin aplati généralement rétréci.

Intervention au début du travail. Fille de 3.950

Suites très bonnes,

Obs. 39. — 20 octobre 1929. Mme M..., 16 ans, primipare.

Acc. probable : 29 octobre.

Examen : PSP = 9,5.

Radio : PPM = 8,3. Tr med = 12,1. Tr Mx = 13.

Bassin aplati.

Début des douleurs le 18 octobre, à 18 heures. Rupture des membranes le 20, à 11 h. 15. Epreuve du travail : 39 h. 30. Apyrexie.

Intervention : Durée : 35 minutes. AG : chlorure d'éthyle-schleich.

Fille : 3.220.

Suites fébriles au début. Etat grippal.

Obs. 40. — 26 octobre 1929. Mme Y..., 30 ans, tertipare.

Acc. probable : 5 novembre.

Césarienne itérative de la 20^e (voir obs. 20).

Douleurs depuis le 25 octobre, à 12 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail : 23 heures. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Pas d'incident.

Garçon : 3.920.

Suites : Poussée fébrile les deux premiers jours.

Obs. 41. — 27 novembre 1929. Mme L..., 29 ans, primipare.

Acc. probable : 27 novembre.

..Examen : Promontoire accessible à 9,4. On fait le tour du détroit supérieur.

Radio : PPM = 7,9 ; Tr med = 11, 9 ; Tr Mx = 13,6.

Bassin aplati.

Début des douleurs : 26 novembre, à 22 heures. Membranes rompues le 27. Epreuve du travail : 12 h. 40. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich.

Segment épais, saigne abondamment. Durée : 50 minutes.

Garçon : 3.160.

Suites bonnes.

Obs. 42. — 19 décembre 1929. Mme G..., quatrième gestation.

Acc. probable : 27 décembre.

1^{er} acc. : 1925. Spontané. Enfant vivant : 2.500.

2^e acc. : 1927. Prématuré provoqué. Enfant vivant : 2.500.

3^e acc. : 1928. Spontané. Enfant : 2.500, décédé à un mois.

Examen : Arc antérieur fortement redressé. Sacrum concave. PSP = 10,7.

Radio : PPM = 9,9 ; Tr med = 11 cm. ; Tr Mx = 11,6.

Bassin aplati généralement rétréci.

Douleurs le 18 décembre, à 18 heures. Membranes non rompues. Epreuves du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Pas d'incident. Durée : 45 minutes. Garçon : 3.230.

Suites bonnes.

Obs. 43. — 10 janvier 1930. Mme P..., 29 ans, primipare. Acc. probable : 10 janvier.

Examen : Arc inférieur à la normale. Promontoire accessible au loin. Pas de dimensions du bassin. Pas de radio. Rigidité du col.

Douleurs depuis le 8 janvier, à 18 heures. Membranes rompues le 10 janvier, à 14 h. 30. Epreuve du travail : 46 h. 45. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich, difficile. Saillie d'une anse intestinale que l'on récline. Durée : 45 minutes. Garçon : 3.300. Suites bonnes.

Obs. 44. — 18 janvier 1930. Mme M..., 32 ans, secondipare. Acc. probable : 10 janvier.

1^{er} acc. : 1928. Forceps au détroit supérieur. Fille en état de mort apparente : 2.600. Convulsions. Ponction lombaire. Va bien actuellement.

Examen : Promontoire accessible. Arc antérieur fortement redressé. PSP = 10,4.

Radio : PPM = 8,1 ; Tr med = 11,6 ; Tr Mx = 12,4.

Bassin aplati généralement rétréci.

Douleurs le 17 janvier, à 3 heures. Rupture des membranes le 18 janvier, à 8 heures. Epreuve du travail : 33 h. 55. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Sans incident. Durée : 35 minutes.

Garçon : 2.950, né en état de mort apparente, vite ranimé. Suites fébriles. Bronchite bilatérale. Suintement de la paroi.

OBS. 45. — 3 février 1930. Mme F..., 23 ans, primipare.

Acc. probable : 25 janvier.

..*Examen* : Promontoire assez élevé avec arc antérieur de rayon diminué. Courbure assez régulière. PSP = 10,4. Nanisme avec réduction des membres inférieurs, vraisemblablement d'origine thyroïdienne. Taille : 1 m. 42. Bassin généralement rétréci. Pas de radio.

Début des douleurs : 3 février, 8 heures. Rupture des membranes : 3 février, 11 heures. Epreuve du travail : 4 h. 35. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel. Durée : 40 minutes. Fille : 3.320.

Suites bonnes quoique fébriles les premiers jours

OBS. 46. — 4 février 1930. Mme P..., 22 ans, secondipare.

Acc. probable : 13 février.

1^{er} acc. : Deux tentatives de forceps infructueuses. Version. Enfant mort : 3.050.

Examen : Promontoire saillant en bec. PSP = 10,1. Arc antérieur fortement redressé.

Bassin généralement rétréci. Pas de radio.

Pas de douleurs. Membranes rompues le 3 février, à 23 heures. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel. Segment inférieur relativement épais.

Garçon : 3.500.

Suites assez bonnes.

OBS. 47. — 17 février 1930. Mme M..., 30 ans, quatrième gestation.

Acc. probable : 29 février.

1^{er} acc. : 1923. Préaturé, provoqué à 8 mois 1/4. Fille : 2.360.

2^e acc. : 1925. Prématuré, provoqué à 8 mois. Fille vivante : 2.560.

3^e acc. : 1928. Avortement à 5 mois et demi.

Examen : Arc antérieur redressé. Promontoire assez élevé. On fait le tour du bassin complètement. PSP = 10. Bassin aplati généralement rétréci.

Radio : PPM = 9,3 ; Tr med = 11,7 ; Tr Mx = 12,3.

Douleurs le 17 février, à 18 h. 30. Rupture des membranes le 17 février, à 18 heures. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel. Segment bien constitué. Fille : 3.050.

Suites fébriles. Apyrétiques à partir du 15^e jour.

OBS. 48. — 21 février 1930. Mme I..., secondipare.

Acc. probable : 18 février.

En 1924 : Avortement de 3 mois.

Examen : Lenteur du travail. Adiposité extrême et œdème de la paroi abdominale.

Devant le volume exagéré de l'utérus on pense à une grossesse gémellaire. La radiographie révèle la présence d'un seul fœtus en présentation céphalique défléchie. Pas de radio métrique du bassin. Présentation primitive de la face.

Début des douleurs le 19 février, à 14 heures. Rupture des membranes le 20 février, à 21 heures. Epreuve du travail : 46 h. 40. Température non prise.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel. Légère hémorragie. Ergotine. Péritoine viscéral très friable. Durée : 65 minutes. Fille : 4.450.

Suites fébriles. Quitte le service le 23^e jour, avec température à 38°.

OBS. 49. — 26 février 1930. Mme B..., 24 ans, secondipare.

Acc. probable : fin février.

1^{er} ac. : Prématuré, provoqué à 7 mois et demi. Enfant mort-né.

Examen : Femme de petite taille. Bassin généralement rétréci. Pas de radio.

Femme opérée à la Maternité de Bourg.

Douleurs le 26 février. Intervention dans la journée.

Intervention : Procédé habituel. Durée : 35 minutes. Enfant : 3.140.

Suites opératoires très bonnes.

Obs. 50. — 7 mars 1930. Mme F..., 26 ans, troisième gestation.

Acc. probable : 4 mars.

Deux accouchements antérieurs, spontanés à terme.

Examen : Cancer vulvaire, et curage ganglionnaire bilatéral.

En 1929 : Ablation de la tumeur. Curage inguinal droit et irradiation.

En 1930 : Curage inguinal gauche.

Gros œdème vulvaire.

L'intervention par voie abdominale est justifiée pour éviter toute déchirure des cicatrices vulvo-vaginales au cours de l'accouchement spontané.

Début des douleurs le 7 mars. Membranes non rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel. Peau œdématiée. Péritoine viscéral nettement épaissi, de couleur blanchâtre. Segment peu constitué. Hémorragie utérine assez importante.

Garçon : 3.150.

Suites fébriles.

Obs. 51. — 8 mars 1930. Mme S..., secondipare.

Acc. probable : 17 mars.

1^{er} acc. en 1927 : Bougie à terme. Basiotripsie Enfant de 2.850. Phlébite.

Examen : Arc antérieur redressé. Faux promontoire sacré.
PSP = 10,6. Bassin aplati.

Pas de radio.

Intervention : Procédé habituel. Fille : 3.100 .

Suites bonnes.

Obs. 52. — 19 mars 1930. Mme M..., 24 ans, quatrième gestation.

Acc. probable : 21 mars.

1^{er} acc. : Provoqué à 8 mois et demi (1927). Forceps. Enfant : 2.550.

1928 : Avortement à 2 mois.

1929 : Avortement à 3 mois.

Femme syphilitique: Traitement antispécifique avant l'accouchement et au cours de la grossesse actuelle.

Examen : Arc antérieur relativement bon. PSP = 10,3.
Bassin aplati généralement rétréci. Pas de radio.

Douleurs depuis le 18 mars, à 16 heures. Ruptures des membranes le 18 mars. Epreuve du travail: 19 h. 30. Apyrexie.

Intervention : AG : schleich. Procédé habituel. Segment inférieur mal constitué. Durée : 55 minutes. Fille : 3.230.

Suites fébriles. Phlébite droite. Arthrite tibio-tarsienne droite. Sortie guérie.

Obs. 53. — 1^{er} avril 1930. Mme V..., 28 ans, secondipare.

Acc. probable : 2 avril.

1^{er} acc. : janvier 1914, Clinique obstétricale. Travail lent. Dégagement en occipito sacrée. Enfant mort-né : 3.150.

Examen : PSP = 10,2.

Radio : PPM = 9,5 ; Tr med = 11,3.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs : 1^{er} avril, 3 heures. Rupture des membranes : 1^{er} avril. Epreuve du travail. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé

habituel. Extraction assez laborieuse. Durée : 50 minutes.
Garçon : 3.150.

Suites fébriles. Elévation thermique. Suppuration abondante de la paroi par les crins. Pus épais, noirâtre. Odeur fécaloïde.
Guérison.

Obs. 54. — 23 avril 1930. Mme R..., secondipare.

Acc probable : 20 avril.

1^{er} acc. : 1928, à Chambéry. Enfant de 4.000, né mort, après plusieurs applications de forceps.

Examen : Promontoire inaccessible.

Bassin transversalement rétréci. Pas de radio.

Douleurs depuis le 23 avril. Membranes non rompues.
Epreuve du travail. Température non prise.

Intervention : Procédé habituel. Segment bien constitué.
Garçon de 4.550, vivant.

Suites bonnes.

Obs. 55. — 25 avril 1930. Mme K..., 27 ans, primipare.

Acc. probable : avril.

Examen : PSP = 9,4. Tête mobile. Bassin aplati.

Radio : PPM = 7,3 ; Tr med = 12,8 ; Tr Mx = 13,3.

Douleurs depuis le 24 avril. Membranes non rompues.
Epreuve du travail. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Segment bien constitué. Procédé habituel. Durée : 60 minutes.

Garçon : 3.550.

Suites fébriles. Suppuration de la paroi. Apyrexie à partir du 13^e jour.

Cette femme eut une nouvelle grossesse en 1932, terminée par une césarienne basse, dans le service de M. le Professeur Voron.

OBS. 56. — 2 mai 1930. Mme K..., 27 ans, primipare.

Acc. probable : 30 avril.

Examen : PSP = 10,8. Faux promontoire à 10,7. Bassin aplati, généralement rétréci. Mauvais arc antérieur, bassin canaliculé.

Pas de radio.

Douleurs depuis le 1^{er} mai, à 10 heures. Rupture des membranes le 2 mai, à 5 heures. Epreuve du travail : 14 h. 50. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel, intervention sans incident. Fille : 3.550.

Suites fébriles. Suppuration de la fosse iliaque gauche, opérée le 27 mai. Guérison.

OBS. 57. — 31 juillet 1930. Mme P..., 27 ans, primipare.

Acc. probable : 25 juillet.

Examen : Ventre en obusier. Utérus très élevé à droite.

Radio : PPM = 8(2 ; Tr med = 13 ; Tr Mx = 13,5.

Bassin aplati.

Début des douleurs : 30 juillet, à 5 heures. Rupture des membranes: 30 juillet, 19 heures. Epreuve du travail: 30 h. 25. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel, pas d'incident. Durée : 45 minutes.

Fille: 3.550. Chevauchement du pariétal droit sur le gauche.

Suites : Hématome pariétal.

OBS. 58. — 3 août 1930. Mme K..., 25 ans, secondipare.

Acc. probable : août.

1^{er} acc. : Spontané, à terme, à domicile. Fille morte à 5 jours.

Examen : Tête haute, mobile, peu débordante. Bruits du cœur bien frappés.

Douleurs depuis le 2 août, à 2 heures. Rupture artificielle

des membranes le 3 août, à 10 h. 30. Epreuve du travail pendant 40 heures 25. Température : 37°7.

Intervention : Syncope bleue anesthésique. AG : chlorure d'éthyle, schleich. Pas de difficultés opératoires. Durée : 65 minutes. Garçon de 3.900.

Décès le lendemain, 16 heures après l'intervention, par phénomènes de shock.

Autopsie : Adhérences pleurales. Cicatrice utérine parfaite.

Obs. 59. — 13 août 1930. Mme E..., 35 ans, secondipare.

Acc. probable : 15 août.

1^{er} acc. : 1925. Césarienne haute (Docteur Commandeur). Enfant de 3.450. Mort à un mois. Suites bonnes.

..*Examen* : Arc antérieur fortement redressé. Os épais. Promontoire en bec. PSP = 9,7.

Radio : PPM = 8 cm. ; Tr med = 10, 8 ; Tr Mx = 11,3.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs le 13 août, à 6 h. 30. Membranes non rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie

Intervention : AG. Quelques adhérences se trouvent au-devant de la face antérieure de l'utérus. Déficience de la paroi utérine au niveau de l'ancienne cicatrice. Section et ligature des deux trompes. Durée : 1 h. 30. Fille : 4.270.

Suites simples. Petit hématome pariétal.

Obs. 60. — 20 août 1930. Mme S..., 18 ans, primipare.

Acc. probable : 27 juillet.

Examen : Bassin aplati, transversalement rétréci. PSP = 10. Mauvais arc antérieur. Pas de radio.

Début des douleurs : 20 août, à 7 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Syncope anesthésique au début. Procédé habituel. Durée : 45 minutes.

Suites simples. Garçon : 2.870.

OBS. 61. — 22 août 1930. Mme M..., 21 ans, primipare.

Acc. probable : 7 septembre.

Examen : Bassin généralement rétréci PSP = 8,5. Arc antérieur redressé. Pas de radio.

Début des douleurs : 19 août, 16 heures. Rupture des membranes : 22 août. Travail depuis 36 h. 40. Température : 38°2.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Procédé habituel. Durée : 35 minutes. Garçon : 3.700.

Décès le 28 août : Hyperthermie. Vomissements et ballonnement extrême.

Autopsie : Pas de lésion de suppuration ; les anses intestinales sont considérablement dilatées, leur surface est dépolie ; utérus : la suture a parfaitement tenu, aucune désunion. Péritonite diffuse.

OBS. 62. — 24 août 1930. Mme D..., 26 ans, 6^e gestation.

Accouchement probable : le 10 septembre.

Quatre acc. prématurés avant 7 mois.

Un acc. à terme. Basiotripsie.

Malade syphilitique. Wassermann très positif.

Examen : Taille, 1 m. 36. Courbure rachitique des deux fémurs. Arc antérieur à grand rayon. PSP = 9,5.

Radio : PPM = 7,5 ; Tr med = 12,5 ; Tr Mx = 13,5.

Bassin aplati.

Douleurs depuis le 23 août, à 23 h. 30. Membranes non rompues. Apyrexie. Travail depuis 23 h. 15.

Intervention sans incident. AB : chlorure d'éthyle, schleich. Durée : 45 minutes. Fille : 2.720.

Suites bonnes. Suppuration de la paroi.

OBS. 63. — 4 septembre 1930. Mme R..., 23 ans, primipare.

Acc. probable : 15 août.

Examen : Promontoire bas et saillant facilement accessible. PSP = 9,2.

Radio : PPM = 7,5 ; Tr med = 11,4 ; Tr Mx = 12,4.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Présentation transversale.

Début des douleurs : 3 septembre, à 1 h. Rupture des membranes : 3 septembre, à 1 h. Epreuve du travail : 32 h. 37. Température : 38°5.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich Segment très distendu. Péritoine friable. Durée : 53 minutes.

Fille : 3.360

Suites simples. Femme enceinte de nouveau en 1931.

OBS. 64. — 11 septembre 1930. Mme B..., 24 ans, secondipare.

Acc. probable : 25 septembre.

1^{er} acc. : Terminé par un forceps au détroit supérieur. Enfant mort.

Examen : Arc antérieur légèrement redressé. PSP = 10 cm.

Radio : PPM = 8,5 ; Tr med = 12,8 ; Tr Mx = 13,6.

Bassin aplati.

La malade eut une mise en place de laminaire huit jours avant l'intervention. Pertes blanches fétides.

Début des douleurs : 9 septembre, à 5 h. 30. Rupture des membranes : 9 septembre, à 5 h. 30. Epreuve du travail : 61 heures. Température à 39°1.

Intervention : Segment inférieur très mince, sillonné de grosses veines. AG : chlorure d'éthyle schleich. Drainage par Mikulicz. Mise en place de deux drains. Fille : 3.150.

Suites apyrétiques.

OBS. 65. — 15 septembre 1930. Mme B..., 24 ans, secondipare.

Acc. probable : 10 août.

1^{er} acc. : Césarienne basse (obs. 19). Bassin aplati.

Césarienne itérative. Voir examen (obs 19).

Début des douleurs : 15 septembre, 15 heures. Membranes non rompues Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : Anesthésie difficile au chlorure d'éthyle et schleich. Péritoine extrêmement friable. Bride allant de la cicatrice à la paroi. Difficultés pour reconstituer le péritoine viscéral. Durée : 35 minutes. Fille : 3.150.

Suites bonnes.

Obs. 66. — 25 septembre 1930. Mme D..., 34 ans, quatrième gestation.

Acc. probable : 14 septembre.

1^{er} acc. : Provoqué. Forceps. Enfant vivant : 3.360.

2^e grossesse : Avortement à 2 mois 1/2.

3^e grossesse : Acc. à terme (1928). Enfant décédé deux jours après.

Examen : Parties molles souples. PSP = 11,3.

Radio : PPM = 10,1 ; Tr med = 12, 6 ; Tr Mx = 13.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs : 24 septembre, à 6 heures. Rupture des membranes : 25 septembre, à 15 heures. Epreuve du travail : 16 h. 40. Température : 37°5.

Intervention : AG. Procédé habituel. Pas d'incident. Durée : 45 minutes.

Garçon : 3.550. Suites simples.

Obs. 67. — 8 octobre 1930. Mme F..., 5^e gestation.

Acc. : le 25 septembre.

1^{er} acc. : Craniotomie, à Saint-Etienne.

2^e acc. : Prématuré, provoqué, enfant mort. Deux fausses couches.

Examen : Luxation congénitale de la hanche droite. PSP = 9,8. Bon arc antérieur. Bassin aplati, généralement rétréci. Pas de radio.

Début des douleurs : 8 octobre, 11 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail : 7 h. 20. Température : 38°2.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Présentation du siège. Segment peu distendu. Procédé habituel. Durée : 40 minutes.

Fille : 3.500. Présente des lésions érosives du cuir chevelu, saignant abondamment de part et d'autre du sillon interfessier. Impulsion splénique. Frictions mercurielles et injections de néomésarca. Décès fin novembre.

Suites fébriles chez la mère. Maladie de Brock.

OBS. 68. — 18 septembre 1930. Mme S..., 22 ans, primipare.

Acc. probable : 30 octobre.

Examen : Bassin très rétréci. Procubitus du cordon. PSP = 8,8.

Radio : PPM = 7,5 ; Tr med = 11,6 ; Tr Mx : 12,6.

Bassin aplati, généralement rétréci.

Début des douleurs le 17 septembre, à 12 h. 30. Membranes non rompues. Pas d'épreuve du travail. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Pas d'incident. Durée : 50 minutes.

Fille : 2.400. Chevauchement du pariétal gauche sur le droit.

Suites bonnes.

OBS. 69. — 20 novembre 1930. Mme J..., 34 ans, quatrième gestation.

Acc. probable : 20 novembre.

Trois acc. précédents : Enfants morts, albuminurie gravidique causant l'obitus fœtal.

Examen : Pas d'albuminurie en dehors des grossesses. Examen médical négatif, rien au cœur. Tension artérielle : 11,5/7.

Albuminurie au voisinage du terme ou pendant le travail.

A l'arrivée à la Maternité : disque très épais d'albumine

dans les urines. Dosage de l'urée dans l'urine : 2 gr. 5 par 24 heures. Dosage de l'urée dans le sang : 0,27 0/00.

Bassin suffisant.

Début des douleurs le 20 novembre. Membranes non rompues. Pas d'épreuve du travail. Apyrexie.

Intervention : Segment court, épais. Hémorragie abondante. Durée : 63 minutes. AG.

Fille de 3.240, née en état de mort apparente.

Suites : Crises convulsives le surlendemain. Troubles psychiques. Disque épais d'albumine dans les urines. Urée dans le sang : 3 gr. 67 0/00.

Décès le 26 novembre.

Autopsie : Anses intestinales dilatées sans adhérences, ni liquide. Reins petits, décapsulation facile.

Enfant : Après la naissance, état général grave avec température à 39° ; dyspnée qui disparaît rapidement ; rate débordant le rebord costal.

OBS. 70. — 20 novembre 1930. Mme Ch..., 23 ans, primipare.

Acc. probable : 19 novembre.

Examen : Arc antérieur à forte courbure, le promontoire n'est pas accessible. PSP = 9,7.

Bassin généralement rétréci. Pas de radio.

Début des douleurs : 19 novembre, à 21 h. 30. Rupture des membranes au début du travail. Epreuve du travail : 18 h. 25. Température : 37°6.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Pas d'incident. Durée : 45 minutes.

Garçon : 3.000. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et l'occipital.

Suites assez bonnes. Douleurs dans les jambes. Guérison.

OBS. 71. — 6 janvier 1931. Mme B..., 19 ans. primipare.

Acc. probable : 15 janvier.

Examen : Promontoire difficilement accessible. PSP = 10,3.

Radio : PPM = 9,4 ; Tr med = 12,7 ; Tr Mx = 12,9.

Bassin aplati.

Début des douleurs : 5 janvier, à 15 heures. Membranes rompues le 6 janvier, à 9 h. 30. Epreuve du travail : 23 h. 30.

Température : 37°4.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, schleich. Pas d'incident. Durée : 47 minutes.

Garçon : 3.010.

Suites : Hématome suppuré de la paroi. Guérison.

OBS. 72. — 24 janvier 1931. Mme B..., 50 ans, troisième gestation.

Acc. probable : 8 janvier.

1^{er} acc. : 1923. Forceps. Enfant mort, de 4.500

2^e acc. : Césarienne haute, à Aubenas, avant début du travail. Enfant mort à 3 mois de phénomènes pneumoniques.

Examen : Bassin très étroit. Promontoire facilement accessible. La cicatrisation abdominale de la première intervention paraît résistante. PSP = 10,3.

Radio : PPM = 8,7°; Tr med = 11,9°; Tr Mx = 12,1.

Bassin aplati.

Douleurs depuis le 23 janvier à 23 heures. Membranes non rompues.

Epreuve du travail : 17 h. 55. Apyrexie.

Intervention : AG. Chlorure d'éthyle, schleich. Adhérences péritonéales étendues, descendant au niveau du segment inférieur. Quelques difficultés pour l'extraction de la tête. Durée : 67 minutes.

Fille : 3.300.

Suites : paroi parfaite. Douleur jambe gauche avec œdème. Guérison.

OBS. 73. — 26 janvier 1931. Mme E..., 38 ans, secundipare.

Acc. probable : 26 décembre 1930.

1^{er} acc. : Tentative de forceps. Version. Basiotripsie sur tête dernière en 1925. Suites infectieuses.

Examen : Arc antérieur régulièrement réduit, promontoire assez élevé moyennement saillant. PSP = 10,4.

Radio : PPM = 9°; Tr med = 11,8°; Tr Mx = 12,4.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs : 24 janvier, à 20 heures. Rupture des membranes 26 janvier, à 2 heures. Epreuve du travail : 38 h. 55. Apyrexie. Intervention après tentative de forceps. AG : chlorure d'éthyle, éther. Pas d'incident. Durée : 45 minutes.

Garçon : 3.750. Bosse séro-sanguine sur le pariétal gauche. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et sur l'occipital.

Suites assez bonnes.

OBS. 74. — 12 mars 1931. Mme B..., 21 ans, primipare.

Acc. probable : 7 mars.

Examen : Arc antérieur de courbure inférieure à la normale. PSP = 10,5.

Radio : PPM = 8,5°; Tr med = 11,6°; Tr Mx = 11,9.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs : 8 mars, à 22 heures. Membranes rompues 11 mars. Epreuve du travail : 64 heures. Apyrexie.

Intervention sans incident. AG. Durée 40 minutes.

Garçon : 3.430.

Suites fébriles : Abscess de la paroi. Hématome suppuré. Drainage. Guérison.

Cette femme eut une nouvelle grossesse en 1932 et fut opérée de césarienne itérative, à la Maternité de la Charité.

OBS. 75. — 15 mars 1931. Mme A..., secundipare.

Acc. : normal en 1929. Hémorragie de la délivrance. Curetage consécutif.

Examen : grossesse normale jusqu'à 8 mois.

Le 11 mars : Hémorragie assez abondante sans douleurs. La malade entre à la Maternité de Bourg, parturiente pâle. Pouls petit à 110.

Le 14 mars : Nouvelle hémorragie de 550 grammes.

Le 15 mars : le Docteur Pelicand décide une opération césarienne et fait appeler M. le Docteur Trillat.

Intervention : AG : La femme saigne abondamment, extraction rapide de la délivrance qui semble être complète sans la caduque. Placenta prævia central.

Enfant de 3.660.

Suites fébriles jusqu'au 24 mars. Exploration intra-utérine. Ce jour-là le doigt ramène une masse friable, placentaire de la largeur d'une paume de main. Guérison.

OBS. 76. — 15 mars 1931. Mme G..., 22 ans, secondipare.

Acc. probable : 2 mars.

1^{er} acc. : à terme en 1927 à Annecy. Forceps. Garçon mort-né de 4.000.

Examen : Arc antérieur de courbure moyenne PSP = 10,2.

Grosse masse perçue dans le Douglas du volume d'une grosse orange. Cette masse paraît avoir un pôle libre. On en fait facilement le tour par le toucher vagino-rectal. Elle est résistante. Il est impossible de la faire passer au-dessus du détroit supérieur ; elle paraît adhérer dans la profondeur.

Début des douleurs : 15 mars, à 13 h. 30. Membranes non rompues, épreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG : Chlorure d'éthyle, schleich. Enucléation d'une tumeur parcourue par des vaisseaux superficiels très développés. Cette tumeur est reliée par son pédicule à la trompe droite ; il est vraisemblable que cette tumeur s'est développée aux dépens de l'ovaire droit. Tumeur prævia.

Garçon : 3.800. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux. Suites fébriles, petit hématome suppuré de la paroi.

Cette femme a été hospitalisée dans le service de M. le Professeur Villard, en 1932, pour tumeur abdominale douloureuse.

Opération : Grosse tumeur provenant de l'ovaire droit pesant 4 kilos. Noyaux de généralisation péritonéale.

Cicatrice péritonéale parfaite. Aucune trace de cicatrice utérine.

OBS. 77. — 18 mars 1931. Mme S..., 24 ans, secondipare.

Acc. probable : 30 mars.

1^{er} acc. : à 8 mois 1/2 en 1928 à Chambéry. Application de forceps infructueuse. Craniotomie. Enfant de 3.000.

Examen : Promontoire peu élevé. Bassin canaliculé avec arc antérieur de rayon réduit. PSP = 10,4.

Radio: PPM = 9,5°; Tr med = 10,4°; Tr Mx = 11,1.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs : 18 mars, à 1 heure. Membranes non rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention sans incident sous AG. Durée : 40 minutes.

Fille de 3.000.

Suites fébriles, petit hématome suppuré. Guérison.

OBS. 78. — 25 mars 1931. Mme V..., 23 ans, primipare.

Acc. probable: 15 mars.

Examen : Promontoire sacré peu saillant, atteint à 8 cm., arc antérieur très aplati. Femme de 1 m. 28.

Radio : PPM = 6,9 ; Tr med = 12,9 ; Tr Mx = 13,9.

Bassin aplati.

Douleurs depuis le 25 mars à 10 heures. Membranes rompues au début du travail. Epreuve du travail non tentée Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-schleich, pas d'incident. Durée : 50 minutes. Garçon de 4.130.

Suites opératoires, bonnes. Abscès aréolaire du sein.

Obs. 79. — 22 avril 1931. Mme M..., 32 ans, 5^e gestation.
Acc. probable : 25 avril.

Césarienne itérative de la 47^e. (Voir obs. 47.)

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs : 21 avril, à 22 h. 30. Rupture des membranes.

21 avril, 24 heures : Epreuve du travail non tentée.
Apyrexie.

Intervention : AG sans incident : On retrouve facilement la gaine des droits, le muscle ne présente aucune trace d'événtration ; les deux droits sont fortement accolés sur la ligne médiane. A l'ouverture du péritoine, il n'existe aucune adhérence nette. Le péritoine vésical est mobile sur la face antérieure de l'utérus, qui ne présente aucune trace de cicatrice. Garçon de 2.900.

Suites bonnes.

Obs. 80. — 24 avril 1931. Mme R..., 23 ans, primipare.
Acc. probable : 15 avril.

Examen : Arc antérieur de rayon supérieur à la normale.
PSP = 9,9. Bassin aplati.

Radio : PPM = 9,5 ; Tr med = 12,8 ; Tr Mx = 13,4.

Début des douleurs : 23 avril, 17 heures. Rupture des membranes.

23 avril, 15 heures : Epreuve du travail : 17 h. 55.
Apyrexie.

Intervention : AG sans incident. Durée : 45 minutes.

Suites : Hématome suppuré, apyrexie. Fille de 3.300.

Cette femme eut une nouvelle grossesse en 1932, terminée par une césarienne itérative à la Maternité de la Charité.

Obs. 81. — 27 avril 1931. Mme M..., 19 ans, primipare.

Acc. probable : 5 mai.

Examen : Arc antérieur de courbure moyenne ; vrai promontoire accessible à 9,8. Rachitisme marqué.

Radio : PPM = 7,9 ; Tr med = 11,2 ; Tr Mx = 12,6.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs le 26 avril, à 20 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG, pas d'incident. Durée : 45 minutes. Garçon de 3.050.

Suites très bonnes.

Cette femme eut une nouvelle grossesse après le 1^{er} juin 1932, terminée par une césarienne basse itérative à la Maternité de la Charité.

Obs. 82. — 5 mai 1931. Mme D..., 24 ans, primipare.

Acc. probable : 5 mai.

Examen : Col en voie de dilatation complète. Tête haute et mobile, Durée du travail.

Radio : PPM = 9,5 ; Tr med = 10,8 ; Tr Mx = 11,3.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs le 3 mai, à 20 heures. Rupture des membranes le 4 mai, à 12 h. 30. Epreuve du travail : 40 heures 7 minutes. Apyrexie.

Intervention : Vessie à 10 cm. au-dessus du pubis. Anesthésie au chlorure d'éthyle et schleich ; pas d'incident. Durée : 50 minutes. Fille de 2.900. Suites bonnes.

Obs. 83. — 10 mai 1931. Mme R..., 25 ans, primipare.

Acc. probable : avril.

Examen : Arc antérieur de courbure assez régulière, d'assez bon rayon ; promontoire moyennement élevé, PSP = 10,8.

Radio : PPM = 9,5 ; Tr med = 12,4 ; Tr Mx = 12,6.

Bassin aplati.

Début des douleurs le 9 mai, à 4 heures. Rupture des membranes le 10 mai, à 18 heures ; épreuve du travail : 41 h. 26. Apyrexie.

Intervention sans incident. AG : chlorure d'éthyle ;
schleich. Durée : 45 minutes.

Garçon de 3.400.

Suites bonnes : petit hématome de la paroi.

Obs. 84. — 1^{er} juin 1931. Mme P..., 28 ans, quatrième
grossesse.

Acc. probable : 8 juin.

1^{er} acc : enfant mort-né.

2^e acc : forceps, enfant vivant.

3^e acc : décédé quelques heures après l'accouchement.

Examen : Bassin de type masculin à gros squelette, bour-
relet rétro-symphysaire marqué, arc antérieur rond de court
rayon. Promontoire assez élevé à 11 cm.

Radio : PPM = 11,3. Tr Med = 11,9. Tr Mx = 12,5

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs : 1^{er} juin, à 2 heures. Rupture des
membranes : 1^{er} juin, à 12 h. 30. Epreuve du travail :
17 h. 12. Apyrexie. Intervention. AG : chlorure d'éthyle
schleich. Difficultés à l'extraction de la tête et des épaules.
Rétraction de l'anneau de Bandl. Durée : 50 minutes.

Fille : 3.450.

Suites : Ballonnement intestinal. Pas de fièvre. Pérystal-
tisme. Hématome suppuré. Guérison.

Obs. 85. — 5 juin 1931. Mme T..., 29 ans, primipare.

Acc probable : 6 juin.

Examen : Déroit supérieur réniforme. Courbure régulière
de l'arc antérieur sans redressement notable. PSP = 10.

Radio : PPM = 8,4. Tr med = 11,2. Tr Mx = 12,6.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs : 5 juin, à 1 heure. Membranes non
rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie. Interven-
tion sans incident. AG. Schleich. Durée : 47 minutes.

Garçon : 3.100.

Suites ; hématome de la paroi, Guérison.

OBS. 86. — 12 juin 1931. — Mme R..., 25 ans primipare.
Acc probable : 24 mai.

Examen : Bassin triangulaire. Sacrum presque télescopé.
Arc antérieur nettement redressé.

Déformations considérables du squelette (colonne vertébrale). Absence congénitale du radius gauche avec main botte. Syndactilie du médus et de l'annulaire des deux mains.

Radio : PPM = 8,3. Tr med = 11,4. Tr Mx = 12,7.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs le 11 juin, à 19 heures. Rupture des membranes le 12 juin, à 10 h. 15. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention facile. AG. Léger accident de cyanose. Durée : 70 minutes.

Fille : 2.820.

Suites bonnes au point de vue opératoire. Malade choquée. Etat inquiétant pendant 3 jours.

OBS. 87. — 13 juin 1931. — Mme M..., 28 ans, primipare.
Acc probable : 13 juin.

Examen : PSP = 10. Tête mobile.

Radio : PPM = 8,4. Tr med = 12,2. Tr Mx = 12,8.

Bassin aplati.

Début des douleurs le 12 juin, à 1 heure. Rupture des membranes le 12 juin, à 4 heures. Epreuve du travail : 34 h. 50. Apyrexie.

Intervention sans incident. AG : schleich. Durée : 45 minutes.

Fille : 3.450. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et l'occipital.

Suites fébriles : petit hématome.

OBS. 88. — 27 juin 1931. — Mme S..., 22 ans, primipare.
Examen : Arc antérieur redressé. Diamètre transversal très diminué. Présentation du siège. PSP = 10,2.

Bassin transversalement rétréci. Pas de radio.

Début des douleurs le 27 juin, à 1 heure. Membranes non rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-schleich. Segment inférieur sillonné de grosses veines. Pas d'incident. Durée : 1 heure.

Garçon : 3.650.

Suites fébriles dues à un accès palustre qui cesse après l'administration de 2 gr. 50 de quinine.

OBS. 89. — 6 août 1931. — Mme D..., 42 ans, troisième gestation.

Acc probable : 10 août.

2 avortements à 2 mois.

Examen, 5 août : rupture spontanée et prématurée des membranes. Présentation céphalique élevée au détroit supérieur. Col effacé perméable à la pulpe du doigt. Placenta inséré en arrière. Placenta prævia marginal. Hémorragies persistantes. Avant l'intervention caillots remplissant le vagin. Col très haut, dilaté à 1 ou 2 cm. Pouls compté à 100. Faciès pâle, lèvres décolorées. Etant donné la vitalité de l'enfant, la persistance de l'hémorragie malgré la rupture des membranes, l'absence de dilatation du col, l'âge de la malade :

Intervention : AG : kélène-éther. Placenta prævia marginal, après l'extraction du placenta, vérification de la zone d'insertion. Enfant, 2.470. Pas d'hémorragie.

Suites fébriles : hématome de la paroi. Œdème rouge de la grande lèvre droite.

OBS. 90. — 8 août 1931. — Mme S..., 17 ans 1/2, primipare.

Acc probable : 15 juillet.

Examen : arc antérieur de courbure régulière. PSP = 8,8. Sacrum complètement déformé.

Radio : PPM = 8,4. Tr med = 10,8. Tr Mx = 12,8.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs le 7 août, à 16 heures. Membranes non rompues, épreuve du travail non tentée. Température à 38°2.

Intervention sans incident. AG éther.

Fille, 2.880.

Suites très bonnes.

OBS. 91. — 16 août 1931. — Mme G..., 35 ans, secondipare.

Acc probable : 20 avril.

1^{er} acc : en 1929. Césarienne haute à la Maternité de Chambéry. Garçon de 1.500, décédé à 1 mois.

Examen : arc antérieur de courbure régulière, mais très inférieure à la normale. On fait le tour du détroit supérieur. PSP = 8,8. Taille = 1 m. 24.

Radio : PPM = 8,6. Tr med = 10,3.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs : 16 août, à 12 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail non tentée. Apyrexie.

Intervention : AG éther. Inclinaison complète gênée par la petite taille de la malade. Pas d'incident. Durée : 40 minutes. Fille : 2.830.

Suites très bonnes.

OBS. 92. — 20 août 1931. — Mme B..., secondipare.

Acc probable : 17 août.

1^{er} acc : 1925. Craniotomie et basiotripsie sur enfant moribond.

Examen : arc antérieur régulièrement circulaire. Rayon sensiblement inférieur à la normale. PSP = 10 cm.

Radio : PPM = 8 cm. Tr med = 11,2. Tr Mx = 13,1.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs le 19 août, à 11 heures. Membranes non rompues. Epreuve du travail : 24 h. 45 Apyrexie.

Intervention sous AG. Pas d'incident. Durée : 45 minutes.

Fille : 2.700.

Suites légèrement fébriles au début, rapidement apyrexie.

Obs. 93. — 14 septembre 1931. — Mme K..., secondipare.

Acc probable : 8 septembre.

1^{er} acc : 1930. Présentation du front, application infructueuse de forceps, craniatomie.

Examen : arc antérieur de court rayon.

Bassin généralement rétréci. Pas de radio.

Début des douleurs le 14 septembre, à 1 h. 30. Rupture des membranes le 12 septembre, à 19 h. Epreuve du travail : 10 h. 25. Membranes rompues : 35 h. 55 avant l'intervention. Température à 39.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle, éther. Segment inférieur très distendu par la tête. Intervention sans difficultés, sans hémorragie. Durée : 50 minutes.

Garçon : 4.270.

Après l'intervention : respiration haletante, saccadée, *shock* anesthésique.

Décès : 35 minutes après l'intervention.

Autopsie : caillots dans l'utérus qui est très gros.

Obs. 94. — 25 septembre 1931. — Mme C..., 3^e gestation.

Acc probable : 24 septembre.

1^{er} acc : 1927. Forceps difficile, fille vivante.

2^e acc. : 1928. Bougie à 8 mois (Dr Plauchu). Césarienne haute par le Dr Violet. Fille : 3 kg, vivante.

Examen : Promontoire très élevé, très loin, difficile à atteindre. Arc antérieur redressé.

Bassin transversalement rétréci. Pas de radio.

Douleurs : 24 septembre, à 22 heures. Rupture des membranes le 25, à 5 heures. Tête reste haute. Dilatation à 6 cm.

Intervention sans incident. Fille : 3.200.

Suites : poussée de congestion pulmonaire 4 jours après l'accouchement.

OBS. 95. — 25 septembre 1931. — Mme G..., 21 ans, primipare.

Acc probable : 25 septembre.

Examen : Arc antérieur à court rayon. Promontoire loin, peu saillant. PSP = 11 cm.

Radio : PPM = 9,9. Tr med = 12,2. Tr Mx = 12,2.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs le 24 septembre, à 20 h. 30. Epreuve du travail : 17 h. 55. Température : 38. Rupture des membranes : 25 septembre, à 10 heures.

Intervention sans difficulté. AG : schleich. Suintement hémorragique nécessitant la vérification de la suture péritonéale.

Garçon : 3.580.

Suites opératoires fébriles. Hématome suppuré de la paroi. Accident au niveau du sein dû à l'injection de sérum glucosé. Guérison.

OBS. 96. — 7 octobre 1931. — Mme D..., 22 ans, primipare.

Acc probable : 5 octobre.

Examen : PSP = 10,5.

Radio : PPM = 8,6. Tr med = 11,6. Tr Mx = 12,2.

Bassin aplati généralement rétréci.

Début des douleurs le 6 octobre, à 17 heures, membranes non rompues. Epreuve du travail : 18 h. 35. Apyrexie.

Intervention sous AG, sans incident. Durée : 50 minutes.

Garçon : 4.430. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et sur l'occipital.

Suites fébriles : hématome suppuré de la paroi.

OBS. 97. — 20 octobre 1931. Mme R..., secondipare.

Acc probable : 19 octobre.

1^{er} acc en 1926. Spontané, enfant mort de symphyse du péricarde à 5 ans 1/2.

Examen : Rétrécissement du bassin. Fœtus mobile. Plusieurs tentatives de version entre 8^e et 9^e mois. Malgré l'application de ceinture eutocique, la tête reste extramédiane.

Intervention : Col non dilaté. Eaux verdâtres.

Fille : 3 kg 500.

Suites bonnes.

Obs. 98. — 23 octobre 1931. Mme G..., 40 ans, 6^e gestation.

Acc probable : 5 novembre.

5 acc antérieurs normaux, à terme.

Examen : faciès pâle, pouls à 120. Petit suintement continu de sang noirâtre. Col dilaté à 5 cm., bords épais. Présentation du sommet très haute. On sent du placenta partout. Les bruits du cœur de l'enfant sont normaux.

Placenta prævia central.

Pas de douleurs. Membranes non rompues. Apyrexie.

Intervention : AG : chlorure d'éthyle-schleich. L'incision passe au travers du placenta. Dans son tiers supérieur, l'incision intéresse le corps utérin. Pas d'hémorragie notable.

Fille : 3.600, née en état de syncope, rapidement ranimée.

Suites fébriles jusqu'au 16^e jour. Guérison.

Obs. 99. — 25 octobre 1931. Mme D., 31 ans, secondipare.

Acc probable : 30 octobre.

1^{er} acc en 1928. Application de forceps. Fille vivante.

Examen : PSP = 10,8. Présentation du front.

Radio : PPM = 9,8. Tr med = 12,2. Tr Mx = 12,4.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs le 24 octobre, à 1 heure. Rupture des membranes le 24 octobre, à 1 heure. Epreuve du travail : 34 h. 45. Apyrexie.

Intervention : Œdème très net du segment. L'incision a

porté dans la partie supérieure à la limite du corps et du col. Léger éclatement à ce niveau. Durée : 35 minutes. AG.

Garçon : 2.860, naît cyanosé, fait quelques inspirations. La respiration artificielle pratiquée ne donne aucun résultat, étant donné le manque de développement de la cage thoracique. Les battements cardiaques cessent.

L'enfant présente les déformations typiques de l'achondroplasie. Membres courts. Thorax étroit. Abdomen volumineux. Tête anormalement développée : sincipito mentonnier : 19,9. Chevauchement des frontaux sur les pariétaux, du pariétal droit sur le gauche.

Suites fébriles chez la mère, phlébite gauche, hématome suppuré de la paroi.

OBS. 100. — 28 octobre 1931. — Mme C..., 29 ans, primipare.

Acc probable : 23 octobre.

Examen : arc antérieur de moyenne courbure. PSP = 10 cm.

Radio : PPM = 8,5. Tr med = 12,3. Tr Mx = 13,7.

Bassin aplati.

Début des douleurs le 27 octobre, à 11 h. 30. Rupture des membranes : 28 octobre, à 10 heures. Epreuve du travail : 24 h. 10. Apyrexie.

Intervention sous AG sans difficulté et sans incident.

Durée : 36 minutes. Garçon de 3.800.

Suites très bonnes.

OBS. 101. — 21 novembre 1931. — Mme M..., 22 ans, primipare.

Acc probable : 25 novembre.

Examen : promontoire moyennement élevé, facilement accessible. PSP = 102.

Radio : PPM = 8,2. Tr med = 10,6. Tr Mx = 12.

Bassin aplati et généralement rétréci.

Début des douleurs : 20 novembre, à 22 heures. Rupture des membranes : 20 novembre, à 22 heures. Epreuve du travail : 23 h. 25. Température : 38,6.

Intervention sans AG, sans incident. Durée : 45 minutes.

Fille : 3.300. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et l'occipital.

Suites fébriles jusqu'au 11^e jour. Petit hématome suppuré.

Obs. 102. — 26 novembre 1931. — Mme X..., secondipare.

1^{er} acc : Césarienne haute, par M. le D^r Cadet.

Examen : Bassin très rétréci. PSP = 9,2.

Bassin aplati, généralement rétréci.

Intervention au voisinage du terme.

Nombreuses adhérences épiploïques et pariétales.

Enfant vivant.

Suites bonnes.

Obs. 103. — 26 novembre 1931. — Mme P..., troisième gestation.

Acc probable : 30 novembre.

Acc précédents : césariennes basses, par M. le D^r Trillat, en 1927 et 1928.

Césarienne bi-itérative (voir observations 14 et 25).

Bassin aplati.

Début des douleurs : 25 novembre, à 7 heures. Rupture des membranes : 25 novembre, à 3 heures. Température : 37,5.

Epreuve du travail : 38 heures. Rupture des membranes depuis 42 heures.

Intervention. Présentation transversale. AG : kélène, éther.

Paroi abdominale fortement suturée. Les droits sont presque au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane. Aucune adhérence épiploïque au péritoine de l'utérus. On constate un état cicatriciel du segment.

Intervention sans incident. Résection des trompes. Durée : 55 minutes.

Enfant : 3.270, né en état syncopal.

Suites opératoires très bonnes.

OBS. 104. — 12 décembre 1931. — Mme R..., 24 ans, secondipare.

Acc probable : 28 décembre.

1^{er} acc. : césarienne basse, par M. le D^r Trillat (obs. 63).

Césarienne itérative (voir observation 63).

Rupture des membranes le 12 décembre, à 3 heures. Début des douleurs : 11 décembre, à 17 h. 30. Epreuve du travail : 15 heures. Apyrexie.

Intervention sous AG. Pas d'incident.

Incision de la peau, de l'aponévrose, on trouve la gaine des grands droits parfaitement constituée, les muscles étant réunis sur la ligne médiane sans éventration. On doit se servir des ciseaux pour retrouver la ligne de séparation des droits. Incision du péritoine. Aucune adhérence pariétale, sauf une petite bride qui part de la partie gauche du segment inférieur, au niveau du ligament rond et qui adhère à la paroi abdominale antérieure. Durée : 55 minutes.

Fille : 3.290.

Suites bonnes.

OBS. 105. — 28 décembre 1931. — Mme G..., 22 ans, primipare.

Acc probable : 5 janvier.

Examen : arc antérieur arrondi. Toucher difficile.

PSP = 9,5.

Bassin généralement rétréci. Pas de radio.

Début des douleurs le 28 décembre, à 6 heures. Membranes non rompues. Température : 37,6. Epreuve du travail : 12 heures.

Intervention sous AG : kélène, éther. Durée : 55 minutes.

Garçon : 3.380.

Suites fébriles. Guérison.

OBS. 106. — 15 janvier 1932. — Mme H..., 25 ans, primipare.

Acc probable : 11 janvier.

Examen : Bon arc antérieur de moyenne courbure. PSP = 11.

Bassin transversalement rétréci.

Femme syphilitique. Wassermann très positif.

Pas de contractions utérines. Rupture des membranes le 12 janvier, à 22 h. 30. Température à 39. Membranes rompues depuis 58 heures.

Intervention sous AG : kélène, schleich. Pas d'incident. Durée : 45 minutes. Enfant de 3.450.

Suites fébriles. Symptômes péritonéaux. Décès le 5^e jour. Opposition à l'autopsie.

OBS. 107. — 21 janvier 1932. — Mme B..., 26 ans, primipare.

Acc probable : 15 janvier.

Examen : Le 20 janvier, hémorragie. Température à 37. Le 21 janvier, pas de nouvelle hémorragie. Col fermé. Malgré l'absence d'hémorragie, en présence des symptômes constatés, on décide d'intervenir : sensation de matelas placentaire entre le segment inférieur et la présentation. Placenta prævia latéral.

Quelques contractions indolores, le 21 janvier, à 11 h. 25. Membranes non rompues. Température à 37,5.

Intervention : Incision du segment. Incision du placenta sur 10 cm. Pas d'hémorragie notable. AG.

Le placenta est enlevé par délivrance artificielle. Placenta en limande, étalé.

Enfant : 3.200.

Suites subfébriles. Abscess de la paroi. OEdème de la jambe gauche.

Obs. 108. — 24 janvier 1932. — Mme B..., 35 ans, secundipare.

Acc probable : 13 janvier.

Première grossesse : avortement à 3 mois.

Examen : Os du bassin épais, arc antérieur réduit.

Bassin généralement rétréci. Pas de dimensions. Pas de radio.

Début des douleurs, le 23 janvier, à 2 heures. Rupture des membranes : 23 janvier, 15 h. 30. Température : 37,4. Epreuve du travail : 39 heures. Membranes rompues depuis 25 heures.

Intervention sous AG, sans incident. On remarque que l'utérus a une teinte bleuâtre violacée.

aGarçon : 4.480.

Suites fébriles. Décès le 5^e jour.

Autopsie : A l'ouverture de l'abdomen, utérus en bonne voie d'involution. Sutures en bon état. Pas de traces de supuration, pas de réaction péritonéale.

Thorax : Pas d'épanchement pleural. Poumon droit congestionné, existence de quelques nodules broncho-pneumoniques. Pas de foyer d'hépatisation ou d'infarctus. Pas d'œdème. Poumon gauche : congestion de la base.

Grosse dilatation gastrique. Pas d'infarctus de la rate ou du foie..

Obs. 109. — 27 février 1932. — Mme R..., 21 ans, primipare.

Acc probable : 24 février.

Examen : PSP = 10,8.

Radio : PPM = 9,2. Tr med = 11,7. Tr Mx = 12,8.

Bassin aplati, généralement rétréci.

Début des douleurs : 27 février, à 2 heures. Rupture des membranes : 27 février, à 12 heures. Température à 37,6.

Intervention sous AG, sans incident.

Fille : 3.400. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et sur l'occipital.

Suites très bonnes.

OBS. 110. — 3 mars 1932. — Mme O..., 2^e gestation.

1^{er} acc : 1921, forceps.

Examen : Bassin justo-minor. Tête très élevée et débordante. Col non dilaté.

Pas de radio.

Rupture des membranes le 3 mars, à 5 h. Dilatation complète. Eaux verdâtres, souffrance fœtale.

Intervention sous AG. Pas d'incident.

Garçon de 3.900.

Suites très bonnes.

OBS. 111. — 4 mars 1932. — Mme D..., secondipare.

1^{er} acc : enfant mort après une heure de traction sur le forceps, fièvre consécutive pendant 2 mois 1/2.

Examen : Promontoire accessible très loin. Arc antérieur fortement redressé. Constatation d'une escharre au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, cette escharre a laissé une cicatrice profonde, elle a été consécutive à une fièvre typhoïde.

Radio : PPM = 10,4. Tr med = 10,8. Oblique gauche = 9,8. Oblique droit = 12,2. Sacro-cotyloïdien gauche = 10,5. Sacro-cotyloïdien droit = 8,6.

Bassin asymétrique à type oblique ovalaire.

Poche des eaux non rompue. Dilatation complète.

Intervention sous AG. Procédé habituel, sans incident.

Suites bonnes. Fille de 3.500.

Obs. 112. — 25 mars 1932. — Mme V..., 24 ans, secondipare.

Acc probable : 30 mars.

1^{er} acc : Césarienne basse, par M. le D^r Trillat (obs. 78).

Césarienne itérative (voir observation 78).

Bassin aplati.

Début des douleurs le 25 mars, à 1 heure. Epreuve du travail : 17 heures. Membranes non rompues. Apyrexie.

Intervention sous AG, sans incident. Durée : 55 minutes.

Fille : 2.450. La gaine des droits est très bien constituée. Les droits sont accolés sur la ligne médiane. A l'ouverture de l'abdomen on ne trouve aucune trace d'adhérences anciennes. Le péritoine est mobile, décollable. Le segment inférieur bien constitué. On trouve sur la ligne médiane une adhérence vésicale.

Suites très bonnes. Absès de la cuisse après piqure.

Obs. 113. — 19 avril 1932. — Mme G..., 31 ans, 6^e gestation.

Acc probable : 24 avril.

N'a eu que des avortements.

Examen : Utérus oblique de bas en haut et de gauche à droite. Pas de présentation engagée au détroit supérieur. On sent l'un des deux pôles dans la fosse iliaque gauche, l'autre sous les fausses côtes, à droite.

Au toucher : existence d'une cloison antéro-postérieure et l'on affleure successivement deux vagins, l'un à droite, l'autre à gauche. A l'extrémité de chacun d'eux on perçoit un petit orifice semblant correspondre au col utérin. Le col correspondant au vagin droit paraît un peu plus facilement perméable au doigt que le gauche.

Pas de radio. Utérus double.

Début des douleurs le 19 avril, à 10 heures. Membranes rompues 10 heures avant l'intervention. Température : 37,8.

Intervention sous AG, sans incident. Présentation du siège.

Une fois le péritoine viscéral suturé, on récline l'utérus gravide. On place une valve de Pollosson qui refoule la paroi abdominale à droite et l'on découvre un deuxième utérus du volume d'une mandarine, de consistance dure. Cet utérus possède un ligament large, une trompe et un ligament rond. Un doigt vaginal, placé dans la cloison vaginale gauche, remonte jusqu'au col utérin gauche, ce col est légèrement ouvert et au-dessus de lui on pénètre dans une cavité élargie qui répond à une échancrure du segment inférieur. Il y a donc bien bifidité utérine complète.

Durée : 40 minutes. Garçon : 3.250.

Décès au 7^e jour. Mort rapide en une heure. Signes de dilatation d'estomac avec vomissements bilieux. A fait des gaz, une selle abondante la veille du décès.

Pas d'autopsie.

Obs. 114. — 27 avril 1932. — Mme P..., 20 ans, primipare.
Acc probable : 25 avril.

Examen : Scoliose asymétrique Losange de Michaélis avec déviation à droite. Lésions rachitiques aux membres inférieurs avec genu valgum PSP = 10.

Bassin pseudo-oblique ovalaire. Pas de radio.

Pas de contractions douloureuses. Rupture des membranes.
Température à 37,3.

Intervention sous AG, sans incident. Procédé exceptionnel d'exclusion péritonéale. Durée : 47 minutes.

Garçon : 3.060.

Suites bonnes.

Obs. 115. — 4 mai 1932. — Mme R..., 25 ans, secondipare.
Acc probable : 6 mai.

1^{er} acc : enfant vivant, né à terme, mort à 5 jours.

Examen : Bassin généralement rétréci. Présentation transversale. Pas de radio.

Début des douleurs : 4 mai, à 15 heures. Rupture des membranes : 1 h. 30 avant l'intervention. Epreuve du travail. Apyrexie.

Intervention sous AG. Procédé habituel. Durée : 35 minutes. Pas d'incident.

Fille de 3.580.

Suites subfébriles. Phlébite gauche. Guérison.

Obs. 116. — 5 mai 1932. — Mme D..., 27 ans. septième gestation.

Acc probable : 10 mai.

4 acc avant 7 mois : enfants mort-nés.

1 acc à terme : basiotripsie.

1 césarienne basse, par M. le Dr Trillat, en 1930.

Césarienne itérative de la 62^e (voir obs. 62).

Début des douleurs le 5 mai, à 12 heures. Epreuve du travail : 8 h. 55. Membranes non rompues. Apyrexie.

Intervention sous AG. Procédé habituel. Aucune adhérence, sauf une petite bride épiploïque extrêmement fine. Amincissement marqué du segment inférieur qu'on incise aux ciseaux.

Garçon : 3.380. Chevauchement des pariétaux sur l'occipital et les frontaux.

Suites bonnes.

Obs. 117. — 5 mai 1932. — Mme V..., 40 ans, primipare. Acc probable : 20 avril.

Examen : Présentation mobilisable. Parties molles résistantes. Pas de radio.

Début des douleurs : 2 mai, à 23 heures. Epreuve du travail : 75 heures. Rupture des membranes le 2 mai, à 19 heures. Température à 37,6.

Intervention sous AG : kélène, schleich. Procédé exceptionnel d'exclusion péritonéale. Durée : 43 minutes.

Garçon : 3.200. Chevauchement des pariétaux sur l'occipital.

Suites subfébriles. Phlébite gauche, Guérison.

OBS. 118. — 25 mai 1932. — Mme T..., 23 ans, primipare.
Acc probable : 10 mai.

Examen : Promontoire moyennement saillant. PSP=11,7.

Radio : PPM = 10,5. Tr med = 11,8. Tr Mx = 12,8.

Bassin généralement rétréci.

Début des douleurs : 24 mai, à 17 heures. Epreuve du travail : 28 h. 30. Rupture des membranes artificiellement : 12 h. 30 avant l'intervention. Température à 38,4.

Intervention sans incident, sous AG. Procédé exceptionnel d'exclusion péritonéale. Durée : 50 minutes.

Fille : 4.000. Chevauchement des pariétaux sur les frontaux et l'occipital.

Suites bonnes.

OBS. 119. — 1^{er} juin 1932. — Mme P..., 43 ans, sixième gestation.

Acc probable : 3 juin.

Césarienne itérative de la 67^e.

Début des douleurs le 1^{er} juin, à 3 heures. Epreuve du travail : 8 h. 35. Membranes non rompues. Température: 37.

Intervention sous AG. Anesthésie difficile, la malade est dyspnéique. Pas d'incident opératoire.

On ne trouve pas d'adhérences péritonéales.

Fille : 3.400.

Suites fébriles : passe à l'infirmierie pour abcès de la fesse. Dyspnée toxique thyroïdienne.

OBS. 120. — 5 juin 1932. — Mme M..., 33 ans, quatrième gestation.

Acc probable : 30 juin.

Césarienne basse bi-itérative.

(Voir les observations 47 et 79.)

Début des douleurs : 4 juin, à 22 heures. Epreuve du travail : 12 h. 5. Rupture des membranes : 5 juin, à 1 heure, 9 h. 5 avant l'intervention. Température : 36,4.

Intervention sous AG, sans incident. Ligature des trompes. Cicatrice abdominale solide. Grands droits accolés sur la ligne médiane. Tissu cicatriciel sur le segment inférieur.

Stérilisation sur la demande de la malade. Durée : 55 minutes.

Fille : 2.960.

Suites fébriles dues à des phénomènes urinaires. Hématuries.

Etude statistique

Dans cette étude statistique, nous envisagerons successivement les indications de la césarienne basse, les césariennes basses itératives, les résultats obtenus pour la mère et pour l'enfant, dans les cent vingt cas d'hystérotomie que nous rapportons.

Indications

La principale indication de la césarienne basse est la dystocie osseuse. En effet, sur cent vingt cas d'intervention par césarienne basse nous relevons cent quatre cas de viciation pelvienne.

Cette dystocie osseuse a été le plus souvent la conséquence de la diminution de plusieurs diamètres pelviens. Les cas où tous les diamètres du bassin étaient diminués furent les plus nombreux : vingt-cinq bassins généralement rétrécis et quarante et un bassins dans lesquels, avec une diminution de tous les diamètres, il existait une diminution plus marquée du promonto pubien minimum donnant des bassins aplatis et généralement rétrécis.

Les cas de rétrécissement dus à la diminution d'un seul diamètre furent moins nombreux, puisque nous

ne relevons que vingt-huit bassins aplatis purs et cinq bassins transversalement rétrécis (obs. 54, 60, 88, 94, 106).

Enfin, le chiffre total des indications dues à la dystocie osseuse comporte aussi cinq bassins asymétriques : deux bassins obliques ovalaires (obs. 12, 111); deux bassins obliques pseudo-ovalaires (obs. 22, 114); un bassin *justo minor* (obs. 110).

A quelles causes faut-il attribuer ces malformations osseuses ?

Dans l'immense majorité des cas, le rachitisme est l'étiologie unique.

Nous relevons d'autre part trois luxations congénitales de la hanche : deux bilatérales (obs. 13, 37) et une luxation unilatérale que l'on retrouve dans deux observations (obs. 67, 119), la malade ayant subi une césarienne itérative.

Le nanisme athyroïdien peut être deux fois incriminé (obs. 35, 45). Enfin une fois la coxalgie (obs. 22) a donné un bassin pseudo-oblique ovalaire.

Le rachitisme, on le voit, doit être le plus fréquemment en cause : il a frappé le squelette à des degrés différents ; citons quelques cas de grand rachitisme (obs. 10, 31, 33, 37).

Une deuxième indication majeure de la césarienne basse a été le *placenta prævia*. Nous relevons, en effet, cinq cas d'insertion vicieuse du placenta qui se décomposent en deux cas d'insertion centrale (obs. 75, 98), un cas d'insertion marginale (obs. 89) et deux cas d'insertion latérale (obs. 24, 107). Chez la malade citée dans l'observation 24, nous relevons, avec l'exis-

tence d'un placenta prævia latéral, une malformation utérine : utérus cordiforme avec présentation transversale du fœtus.

L'hémorragie débuta dans tous les cas au cours du huitième mois de gestation, dans les jours précédant l'accouchement. Chez quatre femmes, les membranes étaient intactes au moment de l'intervention ; chez une seule une rupture prématurée et spontanée des membranes s'était produite (obs. 89).

A côté de la dystocie osseuse et du placenta prævia, la dystocie due aux parties molles a conduit dans cinq cas à pratiquer une hystérotomie basse.

Il s'est agi : une fois d'un utérus double (obs. 113), une fois d'une tumeur prævia ovarienne (obs. 76), une fois d'un néoplasme vulvaire (obs. 50), deux fois de rigidité du col (obs. 43, 117).

Dans le cas d'utérus double (obs. 113), le toucher vaginal avait montré l'existence d'une cloison antéro-postérieure limitant deux vagins l'un droit, l'autre gauche. A l'extrémité de chacun d'eux, on percevait un petit orifice qui semblait correspondre au col utérin. L'intervention confirma ce diagnostic et l'on retrouva un deuxième utérus de la grosseur d'une mandarine se comportant véritablement comme une tumeur prævia.

La tumeur de l'ovaire (obs. 76) était une tumeur maligne du volume d'une grosse orange, rejetant le sol utérin vers la symphyse pubienne. Cette masse avait un pôle libre. Cette tumeur enlevée, au cours de l'hystérotomie, récidiva un an après et fut opérée dans le service de M. le professeur Villard en mars

1932. On constata, à cette époque, des noyaux de généralisation péritonéale ; l'utérus était de très petit volume et ne portait aucune trace de la première intervention pratiquée.

Il s'est agi une fois de néoplasme vulvaire (obs. 50) chez une malade ayant subi déjà deux interventions (curages ganglionnaires gauche et droit) et ayant eu une irradiation par rayons X. On pratiqua l'hystérotomie pour éviter toute déchirure vulvo-vaginale au cours de l'accouchement.

La rigidité du col fut deux fois en cause chez des primipares âgées l'une de 29 ans (obs. 43), l'autre de 40 ans (obs. 117). Dans les deux cas, l'épreuve du travail fut tentée : elle dura une fois 46 h. 45 (obs. 43) l'autre fois 75 heures (obs. 117), avant qu'on se décide à intervenir.

Quatre cas relèvent de dystocie due au mobile foetal. Dans l'un des cas (obs. 48), le diagnostic de présentation primitive de la face fut porté et confirmé par la radiographie. L'épreuve du travail fut tentée pendant 46 h. 40.

Dans les trois autres observations, il s'agissait de gros enfants. L'observation 5 est celle d'une femme chez laquelle on avait tenté un accouchement prématuré provoqué, sans résultat. La température, au moment d'intervenir était de 38° 9. L'enfant pesait 3.900 grammes. Dans l'observation 6, le diagnostic de grossesse gemellaire avait été fait. La radiographie ne montra qu'un seul, mais énorme enfant (poids : 4.500 grammes). Dans l'observation 58, on tenta

l'épreuve du travail pendant 40 h. 25 ; il s'agissait d'un enfant de 3.900 grammes.

Pour les deux dernières observations qu'il nous reste à étudier, l'indication d'une hystérotomie basse a été l'albuminurie entraînant de la toxémie gravidique avec obitus foetal, albuminurie survenant dans le dernier mois de la grossesse, au voisinage du terme ou même au cours du travail.

Dans la 29^e observation, la malade, malgré le régime suivi, avait eu déjà deux enfants morts à 7 mois de grossesse. La menace d'une nouvelle mort foetale, une tension artérielle à 17 et la présence d'albumine dans les urines portèrent à intervenir.

De même, la 69^e césarienne basse a eu pour indication une albuminurie survenant au début du travail et ayant causé dans trois accouchements antérieurs la mort du fœtus. La tension artérielle prise au début du travail était normale ainsi que le dosage d'urée dans le sang.

Les indications de césarienne basse dans les cas rapportés se résument donc de la façon suivante :

Dystocie osseuse	104
Placenta prævia	5
Dystocie due aux parties molles	5
Dystocie due au mobile foetal	4
Albuminurie et toxémie gravidique	2
TOTAL	120

Césariennes itératives

Sur les cent vingt femmes ayant été opérées par M. le docteur Trillat deux femmes furent enceintes trois fois dans un intervalle de quatre ans et subirent trois fois la même intervention ; sept femmes ont été opérées deux fois d'hystérotomie basse.

Nous ne ferons que mentionner les cas où la première opération fut une césarienne haute. Sur les cent vingt cas présentés, nous trouvons neuf femmes qui, à la fin d'une grossesse antérieure, avaient accouché par hystérotomie corporéale (obs. 3, 16, 28, 36, 59, 72, 91, 94, 102). Notons, pour ne pas y revenir, que dans deux seulement de ces neuf cas on trouva une cicatrice utérine convenable, sans adhérences péritonéales, au cours de la deuxième intervention (obs. 16, 94). Dans les sept autres cas, l'exploration intra-utérine de la cicatrice permit de constater, le plus souvent, sa minceur exagérée et de nombreuses adhérences de cette cicatrice soit avec le péritoine pariétal, soit avec l'épiploon.

Étudions les césariennes itératives de césarienne basse.

A. — FEMMES AYANT EU TROIS HYSTÉROTOMIES

Deux femmes eurent une césarienne bi-itérative, si l'on peut s'exprimer ainsi, elles répondent aux observations 14, 25, 103, d'une part, et 47, 79, 120, d'autre part.

Nous jugeons bon de revenir sur les caractéristiques des bassins de ces deux malades, déjà mentionnées dans les observations.

Dans les deux cas, il s'est agi de bassin aplati et généralement rétréci, l'un d'eux à contour réniforme (obs. 14, 25, 103) avec promonto sous-pubien de 8 cm. 2, l'autre avec un promonto sous-pubien de 10 centimètres (obs. 47, 79, 120). La femme qui répond aux observations 14, 25, 103 était une primigeste avant la première intervention, celle qui répond aux observations 47, 79, 120 avait eu, lors de sa première hystérotomie, trois grossesses dont deux s'étaient terminées par un accouchement prématuré provoqué et le troisième par un avortement. Au cours de la première hystérotomie, l'épreuve du travail fut tentée chez l'une (obs. 14) pendant 22 heures, membranes non rompues au moment où l'on intervint ; chez l'autre pas d'épreuve du travail et rupture spontanée des membranes.

Au cours de la seconde hystérotomie, intervention pendant le travail sans épreuve du travail chez les deux ; les membranes étaient intactes chez l'une (obs. 25), rompues chez l'autre (obs. 79). Chez les deux femmes, cette deuxième intervention fut très simple : elle permit de constater chez toutes deux une paroi solide, les muscles grands droits accolés sur la ligne médiane ; sur le péritoine quelques traînées blanchâtres transversales discrètes modifiant à peine l'aspect normal, constituaient la cicatrice péritonéale antérieure ; enfin le muscle utérin était indemne.

Avant la troisième hystérotomie, (103, 120), les

membranes étaient rompues chez les deux malades ; chez toutes deux on tenta l'épreuve du travail. Les deux femmes étaient apyrétiques. L'intervention fut très simple dans les deux cas et permit de se rendre compte de l'intégrité presque absolue de la paroi, du péritoine et de l'utérus après deux césariennes basses antérieures. Chez les deux femmes on constata : paroi abdominale fortement suturée, grands droits accolés sur la ligne médiane, aucune adhérence épiploïque au péritoine de l'utérus. Sur le segment, chez les deux opérées, on constata un peu de tissu cicatriciel.

B. — FEMMES AYANT EU DEUX HYSTÉROTOMIES

Dans les sept cas de césarienne basse itérative, il s'est toujours agi de dystocie osseuse, la première intervention ayant été pratiquée dans quatre cas chez des primipares, dans un cas chez une secondipare, dans deux cas chez des multipares. La dystocie osseuse a été caractérisée par trois bassins aplatis purs et quatre bassins aplatis et généralement rétrécis. Dans les trois cas de bassin aplati pur, le diamètre promonto sous-pubien était inférieur à 10 centimètres (obs. 19 et 65 ; P. S. P. = 9,5) ; (obs. 78 et 112 ; P. S. P. = 8) ; (obs. 62 et 116 ; P. S. P. = 9,5). Dans trois cas de bassin aplati et généralement rétréci on a un promonto sous-pubien inférieur à 10 cm. 5 (obs. 4 et 21 ; P. S. P. = 10) ; (obs. 63 et 104 ; P. S. P. = 9,2) ; (obs. 67 et 119 ; P. S. P. = 9,8). Dans un seul cas (obs. 20 et 40) il a atteint 10 cm. 8.

Dans ces sept cas de césarienne itérative, la pre-

mière hystérotomie a toujours été pratiquée au début du travail, mais après épreuve du travail ; la poche des eaux n'était intacte que dans trois cas (obs. 4, 62, 67) ; plusieurs femmes avaient de la température au moment de l'intervention : au-dessus de 38° (obs. 4, 63, 67) ; au-dessus de 37,5 (obs. 20). Les suites opératoires de ces premières hystérotomies furent bonnes chez quatre malades (obs. 4, 20, 62, 63), elles furent fébriles chez les trois autres.

Dans la seconde hystérotomie, il s'est agi cinq fois de cas purs, c'est-à-dire de cas dans lesquels la poche des eaux était intacte et la malade était apyrétique (obs. 40, 65, 112, 116, 119). Les deux autres cas étaient des cas suspects, poche des eaux rompue, mais apyrexie. L'épreuve du travail ne fut tentée que dans deux cas (obs. 21 et 65).

Au cours de ces secondes césariennes basses, on ne constata jamais d'éventration ou de grosse adhérence péritonéale. Par contre, dans six cas sur sept, une légère adhérence du péritoine viscéral, soit avec l'épiploon, soit avec le péritoine pariétal, soit même avec le péritoine vésical, a semblé être l'unique vestige de la première intervention. Quant au muscle utérin, on l'a trouvé intact et, dans la plupart des cas, il fut impossible de trouver une cicatrice.

A côté de ces femmes qui eurent deux ou plusieurs césariennes basses classées dans les cent vingt cas que nous relatons, il est intéressant de se demander si d'autres femmes, faisant partie de ces cent vingt hystérotomies, n'eurent pas de nouvelles gestations et de savoir de quelle façon elles accouchèrent à la fin de ces

nouvelles grossesses. Nous relevons douze femmes qui furent enceintes de nouveau.

L'une d'elles (obs. 26) eut trois nouvelles grossesses terminées toutes trois par un accouchement spontané à terme ; deux de ces accouchements eurent lieu à la maternité de l'hôpital de la Croix-Rousse, le troisième à la maternité de la Charité. L'hystérotomie avait été faite pour léger rétrécissement du bassin P. S. P. = 10,8) ; la radiographie avait donné : P. P. M. = 10, Tr. Med. = 11,9, Tr. Mx = 12,5.

En réalité, avec cette dystocie osseuse peu marquée, on avait affaire à un énorme enfant de 4.200 grammes, chez une primipare de 30 ans. Dans les accouchements spontanés, les enfants pesaient respectivement : 2.900, 3.800 et 3.160 grammes.

Une femme (obs. 37) de nouveau enceinte en 1931 vint à la maternité de la Charité avant terme. Il s'agissait d'un bassin généralement rétréci chez une femme ayant eu une luxation congénitale bilatérale de la hanche. La femme n'étant pas à terme au début du travail et le diagnostic d'enfant de poids relativement faible ayant été porté, M. le docteur Trillat termina cette gestation par un forceps dans l'excavation. L'enfant pesait 3.020 grammes. Le premier enfant avait un poids de 3.540 grammes.

Une femme (obs. 27) eut un accouchement prématuré provoqué à la fin d'une nouvelle grossesse. Ce mode de terminaison de la nouvelle gestation avait été tenté en raison de la psychose puerpérale dont avait été atteinte la parturiente après son hystérotomie. Cet accouchement prématuré provoqué n'eut pas

un résultat heureux : enfant mort de 1.850 grammes.

Une femme a été de nouveau enceinte en 1931, mais a accouché sans que l'on ait de renseignements sur cet accouchement (obs. 63).

Sur les douze femmes signalées précédemment, six eurent une césarienne itérative au terme de leur grossesse : quatre furent opérées à la maternité de la Charité après le 5 juin 1932, date de la 120^e hystérotomie rapportée (obs. 1, 74, 80, 81) ; une femme fut opérée à Saint-Etienne en 1931 par M. le docteur Pujol (obs. 11) ; une autre fut opérée par M. le docteur Pigeaud dans le service de clinique de M. le professeur Voron en 1932 (obs. 55). Toutes ces césariennes permirent de constater l'intégrité du muscle utérin et du péritoine. Enfin deux femmes sont enceintes actuellement et sont suivies aux consultations de la grossesse à la Maternité (obs. 62, obs. 88).

Si nous cherchons, maintenant, à faire une étude de la fécondité chez les femmes opérées de césarienne basse, nous voyons que nos cent-vingt hystérotomies correspondent en réalité à cent neuf femmes puisque deux d'entre elles eurent deux césariennes itératives, et sept autres une césarienne itérative. D'autre part, sur les cent neuf femmes signalées, une femme eut ultérieurement trois grossesses (obs. 26) et onze autres eurent une nouvelle grossesse terminée de façon variable. Aux cent neuf femmes répondent donc cent neuf grossesses augmentées de vingt-cinq autres gestations. On a donc au total cent trente-quatre gestations pour cent neuf femmes opérées une première fois d'hystérotomie basse.

Que faut-il penser de la stérilisation des femmes opérées de plusieurs césariennes ?

Dans les cent vingt cas nous intéressant, M. le docteur Trillat n'a stérilisé que six malades. Cette stérilisation a toujours été effectuée par ligature et section des trompes.

Trois fois la stérilisation a été pratiquée chez des femmes ayant eu une première césarienne corporéale. Dans un cas (obs. 35) une femme fut stérilisée en raison du nanisme athyroïdien qu'elle présentait. Enfin les trois femmes ayant eu trois césariennes furent stérilisées, sur leur demande, lors de la troisième intervention.

Résultats pour la mère

Pour étudier plus commodément les résultats obtenus chez la mère dans les cent vingt hystérotomies basses que nous rapportons, nous diviserons celles-ci en trois catégories.

Les cas purs répondront aux cas dans lesquels on avait une poche des eaux intacte et une température inférieure à 37,8 au moment de l'intervention ; les cas suspects seront ceux dans lesquels les membranes étaient rompues, l'épreuve du travail avait duré plusieurs heures, des touchers avaient été pratiqués, mais la température restait inférieure à 37,8 avant l'intervention ; enfin, les cas infectés ou fébriles seront ceux dans lesquels on avait une température de 37,8 et au-dessus.

Après cette étude générale, nous reviendrons en détail sur chacun des cas où l'on eut à déplorer la mort de la malade.

Cas purs. — Sur les cent vingt hystérotomies basses étudiées, nous avons eu affaire quarante-cinq fois à un cas pur. Les suites opératoires furent le plus souvent très bonnes ; dans quelques cas, elles se compliquèrent soit d'une hématome suppuré de la paroi, soit d'un léger œdème d'une jambe sans véritable phlébite (obs. 72), soit d'un abcès après piqûre (obs. 112). Une fois (obs. 88) on releva une crise palustre et une autre fois (obs. 119) des phénomènes dyspnéiques après l'intervention.

La seule mort observée dans les cas purs est survenue cinq jours après l'hystérotomie chez une femme azotémique.

Cas suspects. — Les cas suspects, au nombre de cinquante-neuf, donnent aussi une assez grande proportion de suites très bonnes ou tout au moins satisfaisantes.

Nous relevons comme complications, dans ces cas suspects : quatre phlébites (obs. 52, 99, 115, 117), un abcès aréolaire du sein (obs. 78), un cas de psychose puerpérale (obs. 27) et quatre cas où l'on eut une complication pulmonaire (obs. 12, 17, 44, 94). Souvent aussi, les suites furent compliquées d'un petit hématome de la paroi.

La malade mourut dans trois cas suspects (obs. 15, 58, 108).

Cas fébriles. — Dans nos 120 césariennes basses, nous relevons seize cas fébriles et, sur ces seize cas,

cinq morts (obs. 30, 61, 93, 106, 113). Les suites opératoires furent très bonnes dans sept cas et quatre fois elles furent subfébriles.

Si nous cherchons maintenant à comparer la mortalité maternelle dans les trois catégories précédentes, nous remarquons que les cas de mort augmentent considérablement, en passant des cas purs aux cas suspects et fébriles.

Cette étude comparative peut se résumer dans le petit tableau suivant :

Categories	Fréquence	Décès	Pourcentage
Cas purs	45	1	2,2 %
Cas suspects	59	3	5,2 %
Cas fébriles	16	5	31,2 %

La gravité de l'infection mesurée par l'élévation de la température dans les divers cas fébriles influence aussi la mortalité, comme le montre le tableau suivant :

Catégories	Fréquence	Décès	Pourcentage
37,8 à 38	3	1	33,3 %
38 à 38,5	5	1	20 %
38,5 à 39	6	2	33,3 %
39 et au-dessus	2	1	50 %

Etudions maintenant séparément chacun des neuf cas de mort. Dans cette étude séparée, la cause de la mort nous permettra de classer les observations.

MORT PAR SHOCK

Dans l'observation 58, femme secundipare, chez laquelle on intervient pour dystocie due au volume du fœtus, la poche des eaux était rompue depuis peu de temps au moment où l'on intervint, la température était à 37,7, l'épreuve du travail fut tentée pendant quarante heures.

La femme fut anesthésiée au chlorure d'éthyle et au schleich. L'intervention fut normale au point de vue opératoire ; au point de vue anesthésique, petite syncope bleue, traitée par la respiration artificielle.

Le lendemain, seize heures après l'intervention, la malade accuse des phénomènes de shock : sensation de malaise, pâleur, agitation, le pouls est accéléré et faible. Pas d'hémorragie. La malade est traitée énergiquement par les tonicardiaques (solucamphre, caféine, adrénaline) — en outre injection de sérum, sous mammaire, et sérum en goutte à goutte rectal.

Malgré cela, la femme succombe après trois heures pendant lesquelles l'état ne s'améliora, à aucun moment.

A l'autopsie, on ne relève que quelques adhérences pleurales, la cicatrice est parfaite.

Dans l'observation 93, il s'est agi de shock anesthésique. Femme secundipare de 32 ans, chez laquelle on intervenait pour dystocie osseuse. La poche des eaux était rompue depuis trente-six heures environ, la température était à 39° au moment de l'intervention. L'épreuve du travail ne fut tentée que pendant 10 h. 25. L'intervention faite sous anesthésie au

chlorure d'éthyle et à l'éther, fut normale au point de vue opératoire. Un drainage avait été effectué (deux drains intrapéritonéaux dans les gouttières latéro-utérines gauche et droite). A la fin de l'opération qui dura 50 minutes, la malade fait du shock anesthésique, respiration haletante, mouvements respiratoires de plus en plus espacés et de moins en moins amples. Bruits du cœur très sourds, pouls absolument imperceptible, puis pupilles dilatées et arrêt des battements cardiaques. On traite la malade par la respiration artificielle, inhalation d'oxynène, injections de tonocardiaques (solucamphre intraveineux, adrénaline intramusculaire, puis adrénaline intracardiaque). Toutes ces thérapeutiques sont infructueuses et la malade meurt 35 minutes après la fin de l'intervention.

Autopsie. — On constate la présence de caillots dans l'utérus — utérus volumineux pesant 1.450 grammes.

MORT PAR INFECTION PÉRITONÉALE

Dans l'observation 15, femme de 24 ans, primipare chez laquelle on intervenait pour dystocie osseuse. La femme arrive à la maternité de la Charité le 6 août, ayant perdu les eaux depuis la veille au soir. M. le docteur Trillat constate au palper une tête élevée mobile débordante, avec bruits du cœur positifs. Les douleurs deviennent rapidement intenses. L'épreuve du travail dure quatorze heures : la malade est apyrétique. Intervention sous anesthésie au chloroforme, pas de drainage. Le soir, la malade a une température à 39, le pouls est bon. Deux jours après, on note

température à 39, pouls à 100, bon. Bon état général. La malade urine bien, lochies normales.

Le 9 août, la température tombe à 37,5. Premiers gaz. Le 10 août, la malade a passé une mauvaise nuit, ventre distendu, très ballonné. Lavage d'estomac, qui retire un litre de liquide bilieux ; le soir, la température est à 38, le pouls à 100. La malade se sent mieux, elle n'a pas vomi, lochies fétides.

Le 11 août, aggravation des symptômes : faciès péritonéal, pouls à 150, température à 38. Dyspnée, extrémités froides, ventre très ballonné. Le soir, on pratique une enterostomie sous anesthésie locale, elle permet l'issue de liquide intestinal en grande abondance, un peu de sang dans le ventre. Décès dans la nuit.

A l'autopsie, on ouvre la plaie de laparotomie. Rien au niveau de la paroi. La grande cavité péritonéale ne contient ni pus, ni fausses membranes. Mais de la sérosité très louche en petite quantité, un peu de sang ancien noirâtre, anses très rouges, très distendues. L'utérus est encore grand, il ne contient aucun débris. Muqueuse grisâtre en voie de nécrose par endroits. La suture du segment a bien tenu. La suture péritonéale paraît étanche. Ces constatations nécropsiques semblent confirmer l'idée d'une septicémie utéro-péritonéale.

Dans la 30^e observation, l'hystérotomie a été pratiquée chez une primipare de 35 ans pour dystocie osseuse. Chez cette femme le fœtus était en présentation du siège, une version par manœuvres externes avait été faite. On tenta, d'autre part, chez cette par-

turiente un accouchement prématuré provoqué, par introduction d'une bougie de Krause. Le lendemain de la mise en place de la bougie, rupture spontanée et prématurée des membranes, écoulement de liquide verdâtre, absence de douleurs. On attend encore un jour, la température est à 39,8, le pouls à 116, utérus tendu, liquide de plus en plus méconial, quelques contractions utérines d'intensité moyenne. Les bruits du cœur sont rapides comptés à 160. M. le docteur Trillat intervient. Intervention normale sans drainage.

Le soir de l'intervention, la température est normale, mais pendant la nuit qui suit, apparition de phénomènes subdélirants pendant lesquels la malade se lève. Le lendemain, température normale, la malade fait des gaz et urine spontanément. A nôter une pâleur cireuse assez marquée, le soir la température est à 38,1. Léger ballonnement. Vomissements dans la nuit.

Le surlendemain, la température est à 38,8 le matin, 39 le soir. L'état général s'est aggravé : vomissements, faciès péritonéal, nez pincé, langue sèche, agitation, pouls filant à 140, ventre tendu, gros météorisme, douleur dans la fosse iliaque gauche, écoulement vaginal fétide. Le jour suivant, la température est à 40, le pouls à 150. Le matin, aggravation considérable de tous les signes précédemment notés. Constipation opiniâtre, la malade n'a pas fait de nouveaux gaz.

Sous anesthésie, à l'infirmerie, M. le docteur Trillat fait un drainage sus-pubien : débridement de la partie inférieure de l'incision opératoire. Les tissus

ont un aspect sphacélique. Il s'écoule une petite quantité d'un pus fétide. Mise en place d'un drain dans la cavité péritonéale, au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Perceptions d'anses agglutinées à ce niveau, qui limitent cet espace.

Décès dans la nuit avec progression des signes de péritonite aiguë généralisée. La culture du liquide amniotique prélevé au moment de l'hystérotomie a montré la présence de staphylocoque doré.

A l'autopsie : l'ouverture de la cavité abdominale ne montre aucune collection purulente, mais un aspect livide de tous les tissus qui dégagent une odeur putride, les anses intestinales sont agglutinées et imprégnées de liquide hématique louche qui remonte jusqu'au niveau de l'étage sus-mésocolique. Utérus mou, flasque.

L'observation 61 est celle d'une femme envoyée d'urgence à la Charité pour arrêt de progression du travail avec diagnostic de présentation de la face. La malade ressent des douleurs depuis deux jours ; au palper, tête amorcée sans débordement notable, qui se mobilise néanmoins ; au toucher présentation foetale très difficilement accessible. Le 21 août, lendemain de son arrivée, la température est à 38,2. Présentation mobile débordante. Au toucher (docteur Trillat), col mince dilaté à 6 centimètres, poche des eaux non rompue. Présentation haute difficilement accessible. M. le docteur Trillat décide d'intervenir. Hystérotomie sous anesthésie au chlorure d'éthyle et schleich. La malade respire mal pendant l'opération. Présentation de la face, incision du segment inférieur.

Le sang est noir, écoulement de liquide amniotique, extraction d'un gros enfant. Pendant toutes ces manœuvres, on fait fonctionner l'aspirateur de Villard. Ecoulement sanguin insignifiant au moment de l'incision, suture sans drainage.

Dès son réveil la malade est agitée : on lui fait une injection de morphine et du sérum glucosé en goutte à goutte rectal. La nuit est fort agitée. Le lendemain, aggravation de l'état général, la malade passe à l'infirmerie. Au quatrième jour, pouls à 160 : purgation, lavage d'estomac. Lavement pour abaisser le météorisme abdominal.

Au cinquième jour, le météorisme persiste, la malade présente des signes de subocclusion. Injections de peristaltine et de sérum hypertonique.

Le sixième jour, persistance des symptômes. Nouvelle injection de sérum hypertonique, nouveau lavage d'estomac. Dans la nuit, décès de la malade.

Autopsie. — Pas de lésion de suppuration, les anses intestinales apparaissent considérablement dilatées, leur surface est dépolie. La suture utérine a parfaitement tenu et on ne constate aucune désunion.

Dans l'observation 106, la parturiente avait eu une rupture prématurée des membranes avant son entrée à la Charité. Il s'agissait d'une primipare avec bassin transversalement rétréci, chez laquelle un Wassermann avait été très positif.

Le 12 janvier, jour de son entrée, elle a une température à 39°. Les membranes sont rompues depuis 58 heures, on intervient. Intervention normale sous anesthésie au kélène et schleich. Le fœtus retiré a une

odeur fétide. Drainage : drain dans chaque gouttière latéro-utérine.

Immédiatement après l'intervention, l'état général est bon, la malade est réchauffée. Le 18 janvier, la température qui, depuis le jour de l'opération, oscillait entre 38,5 et 39, est encore à 39,5, le matin. Ballonnement abdominal, douleurs épigastriques, vomissements. Les drains laissent écouler un peu de liquide. Le soir, le pouls est à 120, la température à 39,5. Traitement : lavage d'estomac, lavement salé, morphine.

Le 19, température à 40,3 le matin, pouls à 120 ; le soir, température à 40,5. La malade présente les mêmes symptômes que précédemment. La nuit suivante est agitée, hoquet. Nouveau lavage d'estomac donnant issue à un liquide noirâtre, tonicardiaques (solucamphre, caféine), sérum en goutte à goutte rectal, oxygène. La malade meurt dans la nuit.

Pas d'autopsie.

Sur quatre femmes mortes d'infection péritonéale, trois avaient de la température au moment où l'on est intervenu : chez deux d'entre elles (obs. 106, obs. 30) la température était égale ou supérieure à 39, chez l'une (obs. 61) elle était égale à 38,2. Une seule de ces femmes était apyrétique.

Toutes avaient eu une rupture de la poche des eaux depuis un certain temps, l'une d'elle (obs. 106) depuis 55 heures.

Enfin, toutes ces femmes ont eu des touchers vaginaux, mais chez une seule d'entre elles (obs. 30) on peut relever des manœuvres intra-utérines.

MORT PAR COMPLICATION PULMONAIRE

Une malade secundipare opérée pour dystocie osseuse (obs. 108) mourut d'affection pulmonaire. La poche des eaux était rompue depuis 25 heures, la femme était apyrétique.

Intervention sous anesthésie générale. Pas d'incident, l'opération a duré 50 minutes.

La malade eut des suites opératoires subfébriles sans symptômes péritonéaux. La température cinq jours après l'intervention était à 38,5 le matin, 39,7 le soir ; le pouls passa de 120 à 148. Jusqu'à ce jour, la température n'avait pas dépassé 38 et oscillait entre 37,5 et 38.

Décès de la malade.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, utérus en bonne voie d'involution, sutures en bon état, pas de traces de suppuration, pas de réaction péritonéale.

Thorax : pas d'épanchement pleural, poumon droit congestionné, il présente à la coupe un aspect noirâtre et hémorragique, existence de quelques nodules broncho-pneumoniques. Pas de foyer d'hépatisation ou d'infarctus, pas d'œdème ; poumon gauche : congestion à la base. On constate une grosse dilatation gastrique ayant repoussé le colon transverse au-dessus de l'ombilic. Pas d'infarctus de la rate ou du foie.

Cette femme, on le voit, a fait brusquement un épisode aigu pulmonaire avec symptômes de dilatation aiguë d'estomac post-opératoire. Rien dans les suites opératoires, avant le cinquième jour, ne pouvait laisser prévoir une fin aussi rapide.

La femme répondant à l'observation 113 était une femme enceinte pour la sixième fois que l'on opérait pour dystocie due aux parties molles. Il s'agissait d'un cas fébrile : température à 37,8, membranes rompues dix heures avant l'intervention. L'intervention confirma le diagnostic porté et permit de constater l'existence d'un deuxième utérus de la grosseur d'une mandarine, possédant un ligament large avec un ovaire, une trompe, un ligament rond. Un doigt vaginal, placé dans la portion gauche du vagin, remontait jusqu'au col utérin gauche. Il y avait bifidité utérine complète. Les premier et deuxième jours des suites opératoires, la température s'éleva progressivement, justifiant le transfert de la malade à l'infirmerie. Le ventre était ballonné, vomissements. Traitement : lavement, soude rectale, sérum hypertonique intraveineux.

Le 26 avril, sept jours après l'intervention, l'état de la malade s'aggrava brusquement. Aux signes de dilatation d'estomac post-opératoire, s'ajouta une élévation thermique marquée, la malade devint cyanosée avec dyspnée extrême : on redouta un accident pulmonaire aigu (embolie) que la vérification ne permit pas de contrôler puisqu'il y eut opposition à l'autopsie.

MORT PAR PHÉNOMÈNES URÉMIQUES

Il s'agit de l'observation 69, dans laquelle la malade fut opérée pour albuminurie gravidique, entraînant des phénomènes de toxémie avec obitus fœtal à la fin de la grossesse. Femme enceinte pour la quatrième

fois, pas d'albuminurie en dehors des grossesses, examen médical négatif : rien au cœur, tension artérielle à 11,5/7.

La malade arrive à la maternité le 15 novembre 1930 avec un disque très épais d'albumine dans les urines ; le dosage de l'urée sanguine donnait 0,27 %. Dans les urines, 2 gr. 5 d'urée par 24 heures. La malade est mise à la diète hydrique jusqu'au 20 novembre, date à laquelle on intervient pour éviter la mort du fœtus. Les membranes sont intactes, la malade n'a pas de température.

Intervention normale, légère hémorragie au moment du décollement péritonéal. L'examen du placenta montre un grand nombre de lésions superficielles : teinte noirâtre apoplectique. Pas d'infarctus profonds. Ces lésions sont peu profondes et ressemblent à des taches de bougie superficielles décrites par le professeur Fabre (lésion de la caduque placentaire en taches de bougie). A la coupe, les cotylédons sont du reste violacés, presque noirs, mais on ne retrouve ni géodes, ni infarctus profonds.

A la fin de l'intervention, la malade présente un faciès normal, le pouls bat à 100. Dans les suites opératoires, la malade eut, le premier jour, quelques vomissements glaireux qui se continuent les jours suivants. Le deuxième jour, mêmes signes : un lavage d'estomac soulage la malade ; lavement d'huile amenant une selle ; injection de morphine chaque soir sauf la veille du transfert à l'infirmerie, la malade ayant refusé la piqûre. Dans la nuit, agitation, excitation de la malade qui se lève ; troubles psychiques.

A la première infirmerie de la Charité, les suites paraissent simples, quand dans la troisième nuit la malade présente des troubles psychiques très accusés: délire bruyant, vomissements, convulsions. Les urines contiennent un gros disque d'albumine. Le dosage de l'urée sanguine donne 3 gr. 67 %. Les jours suivants, les troubles nerveux ne font qu'augmenter, malgré l'ingestion de chloral, de bromure et l'injection de sérum glucosé. Le délire est complet, la malade présente plusieurs crises convulsives très marquées aux membres inférieurs et à la face. La malade meurt le 25 novembre, cinq jours après l'intervention.

Autopsie. — Anses intestinales dilatées, sans adhérences ni liquide. Foie de 1.700 grammes. Reins petits, décapsulation facile.

Comme on le voit, toutes les femmes décédées à la suite d'hystérotomie basse succombèrent au cours de la première semaine qui suivit l'intervention et plus particulièrement du cinquième au septième jour. Deux femmes moururent shockées dans les 24 heures qui suivirent l'opération (obs. 58 et 93).

Le nombre total de décès dans les cent vingt cas de césarienne rapportés est donc de neuf, ce qui donne un pourcentage de 7,5 %.

Les causes de décès peuvent être résumées de la façon suivante :

Shock	2
Infection péritonéale	4
Complications pulmonaires	2
Azotémie	1

Résultats pour l'enfant

Ce chapitre sera extrêmement bref, puisque sur 120 cas de césarienne basse, 120 fois l'enfant est né vivant.

Un seul enfant est mort 10 minutes après l'intervention : il s'agissait d'un enfant présentant les déformations osseuses typiques de l'achondroplasie avec thorax en éteignoir incompatible avec la vie (obs. 99).

Dans quelques cas (obs. 44, 69, 98, 103), il avait existé, avant l'opération, de la souffrance fœtale. L'enfant dans ces cas est né en état de mort apparente, mais a vite été ranimé par le traitement habituel.

Pendant les suites de naissance, un enfant fut atteint d'erysipèle du cordon, au cours d'une épidémie (obs. 18). L'enfant guérit.

L'opération 67 nous montre un enfant ayant eu des lésions érosives du cuir chevelu, avec impulsion splénique : guérison par des frictions mercurielles.

Dans un autre cas (obs. 69) l'enfant présenta après la naissance un état général grave avec température à 39 et dyspnée assez vive. Ces phénomènes disparurent rapidement par le traitement et l'enfant s'améliora.

Une étude des poids des enfants nés après les opérations césariennes rapportées nous donne :

Enfants au-dessous de 2.500.....	6
Enfants de 2.500 à 3.000.....	17
Enfants de 3.000 à 3.500.....	50
Enfants de 3.500 à 4.000.....	33
Enfants de 4.000 à 4.500.....	9
Enfants au-dessus de 4.500.....	1

Dans quatre observations, on ne put retrouver le poids de l'enfant (obs. 9, 10, 16, 102).

Le poids moyen des enfants nés par hystérotomie chez la mère oscille entre 3.000 et 3.500 grammes.

Conclusions

I. — Dans la thérapeutique des rétrécissements du bassin, les interventions abdominales sont devenues courantes depuis l'emploi de la césarienne basse.

II. — Sur 11.644 accouchements à la maternité de la Charité, on a pratiqué 100 césariennes basses conservatrices. Le pourcentage a été de huit et demi pour mille.

III. — Les résultats pour l'enfant ont été des plus satisfaisants, puisque la mortalité infantile n'a été que d'un cas sur cent vingt.

IV. — Les résultats pour la mère varient suivant l'état d'infection de l'utérus :

1 mort pour 45 dans les cas purs	soit	2,2 %
3 morts pour 59 dans les cas suspects	soit	5,28 %
5 morts pour 16 dans les cas fébriles	soit	31,25 %

V. — La césarienne basse reste une opération grave lorsque l'utérus est infecté.

VI. — La césarienne basse laisse au muscle utérin toute son intégrité. Les adhérences pariétales ou intestinales sont exceptionnelles. Les interventions itératives en sont d'autant facilitées.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VORON,
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 8 Mars 1933.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

Nous ne signalerons que les travaux de M. le Docteur Trillat.

- 1926 Un cas de césarienne transpéritonéale du segment inférieur. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, réunion obstétricale de Lyon.)
- Cinq nouveaux cas de césarienne basse. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, novembre 1926.)
- 1927 Deux cas d'accouchement prématuré provoqué, terminés par césarienne basse. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, avril 1927.)
- Modification au manuel opératoire de la césarienne basse. (Réunion Obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, avril 1927.)
- 1929 Deux cas de césarienne basse itérative. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, p. 564.)
- Deux cas de fibrome prævia traités par césarienne basse, suivie d'hystérectomie. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, p. 565.)

- 1930 Exérèse d'un néoplasme vulvaire pendant la gestation: hystérectomie basse à terme. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, p. 509.)
- Bassin transversalement rétréci, césarienne basse. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, p. 563.)
- 1931 Epreuve du travail et hystérotomie basse. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, p. 586.)
- Hystérotomie basse pour tumeur prævia, suivie d'ablation de la tumeur. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, p. 607.)
- 1932 Deux cas de placenta prævia traités par la césarienne basse. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, p. 133.)
- Les dangers de la césarienne basse quand l'utérus est infecté. (Réunion obstétricale de Lyon, *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, p. 697.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Technique de la Césarienne basse	13
Observations	21
Etude statistique	77
<i>Indications</i>	77
<i>Césariennes itératives</i>	82
<i>Résultats pour la mère</i>	88
<i>Résultats pour l'enfant</i>	102
Conclusions	105
Bibliographie	107



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



